Rok XXXIV. Kraków 5. Stycznia 1895 r. Nr. 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 105.

Administracya: Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa: w Księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 30.

Ogłoszenia przyjmuje w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 31, rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 31, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowski 187, Clinton and 166 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 30 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rs.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

TREŚĆ: I. ZAREWICZ: O przeszczepianiu się wrzodu stwardniałego na samym chorym. — II. KOWALSKI: Repozytoryum własnego pomysłu do wypadłej pępowiny. — III. *Ocena i sprawozdania.* KLECKI: Patogeneza zapalenia otrzewny. — A. ROSNER i L. SWITALSKI: Sprawozdanie z oddziału ginekologicznego kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana z roku szkolnego 1893/4. — *Choroby nerwowe.* LEMKE: O rozpoznaniu i teoryi choroby Basedowa. — NICAISE: O bólach wywoływanych przez guzy otrzewnowe. — VEILLON: Badanie bakteryologiczne ostrych, niebłoniczych zapaleń gardła. — *Klimatoterapia.* STILLER: Klimat górski w chorobie Basedowa. — *Choroby dzieci.* DARAN: Dodatek do sposobu sztucznego odżywiania dzieci. — *Choroby zakaźne.* Zakład szczepienia ochronnego wścieklizny w Wiedniu. — *Okulistyka.* WICHERKIEWICZ: O leczeniu zakażenia oka powstałego po operacyach zaćmy. — *Zapiski terapeutyczne.* 1. ULLMANN: O wartości praktycznej wstrzykiwań w żyły. — 2. Leczenie błonicy surowicą właściwą. — 3. BÄUMLER: O rozpoznawaniu i leczeniu błonicy. — 4. KRASKE: Rezultaty leczenia błonicy. — 5. MOUGEOT: O użyciu równoczesnem kawy i przetworów makowca. — 6. CLAUS: Tryonal jako środek nasenny u dzieci. — IV. Sprawy Towarzystw lekarskich. — Towarzystwo lekarskie krakowskie. — V. *Wiadomości bieżące.* — VI. *Ogłoszenia.*

Przegląd lekarski, organ Towarzystw lekarskich krakowskiego i galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1. Stycznia 1895. **rok trzydziesty czwarty** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości $1\frac{1}{2}$–2 arkuszy na tydzień **jak najregularniej.**

Wszystkie prace umieszczane w ***Przeglądzie lekarskim,*** tak oryginalne jakoteż nieoryginalne są płatne.

Autorowie, życzący sobie otrzymać osobne odbitki swych prac, zechcą na pierwszej stronnicy rękopisu oznaczyć wyraźnie ich liczbę; życzeniom bowiem później objawianym zadość czynić nie możemy.

Administracya uprasza najuprzejmiej Szanownych prenumeratorów o jak najrychlejsze odnowienie przedpłaty na rok 1895., najlepiej wprost w Administracyi *Przeglądu lekarskiego.*

Zwracamy zarazem przy tej sposobności uwagę Szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni *Przegląd lekarski* abonować bezpośrednio w Administracyi.

Cena prenumeracyjna ogłoszona w nagłówku każdego numeru.

I. O przeszczepianiu się wrzodu stwardniałego na samym chorym.

Podał

Doc. Dr. A. Zarewicz,

prymaryusz oddziału chorób wenerycznych i skórnych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Dwa przypadki, które względnie w krótkim czasie miałem sposobność obserwować w swoim oddziale, zniewalają mię do ich ogłoszenia.

Są one rzadkie same przez się jako takie a bardzo ważne pod względem teoretycznym i praktycznym

Pierwszy z nich dotyczył kobiety Julii B., wyrobnicy, lat 30 liczącej, w dniu 19. Maja 1891 r. do nru prot. stanu 764. do mojego oddziału przyjętej.

Chora ta dobrze odżywiona, okazuje na skórze wybitny obraz świerzbu, po usunięciu którego, w trzy dni później, zbadano chorą dokładnie w dniu 22. Maja t. r.

Przy badaniu części płciowych okazało się, że gruczoły pachwinowe lewe są licznie powiększone, twarde i niebolesne a z charakteru ich obrzęku można już było z pewnem, uzasadnionem prawdopodobieństwem wnosić, że na częściach płciowych spodziewać się należy wrzodu pierwotnego syfilitycznego.

Gruczoły w pachwinie prawej nie okazywały żadnych zboczeń. Warga wstydliwa mniejsza lewa, w dolnej części mocno obrzękła, ku dołowi zwieszona, więcej niż w stanie prawidłowym zaczerwieniona a na jej wewnętrznej powierzchni, w dolnej jej części, znachodził się typowy wrzód stwardniały, pod formą talerzykowato zagłębionej ekskoryacyi, o powierzchni gładkiej, czerwonej, połyskującej, miejscami drobne, miąższowe, ciemno czerwone wybroczyny okazują-

cej. Podstawa wrzodu jest wybitnie stwardniałą a wielkość jego dochodziła do niespełna $\frac{1}{2}$ cm.

Inne gruczoły niezajęte, błony śluzowe i skóra wolne od zmian syfilitycznych.

Odkąd choroba trwa, o tem chora nie ma najmniejszego wyobrażenia, gdyż brak bólu lub jakiekolwiek inne uczucie nie zwróciły na tę zmianę jej uwagi. Powodem przybycia chorej do szpitala był świerzb. Odpowiednio do rozpoznania zastósowano obmywania wrzodu rozczynem sublimatu 1:1000 trzy razy dziennie i zakładanie waty oczyszczonej między wargi wstydliwe a ponieważ nie znaleziono w całym organizmie żadnych zboczeń, któreby wymagały jakiegokolwiek leczenia, ograniczono się na razie do dobrego żywienia chorej, częstych kąpieli, pielęgnowania jamy ustnej i w ogóle uważano, aby wszystkie czynności organizmu odbywały się prawidłowo.

W początkach wrzód stwardniały powiększał się a gdy doszedł do wielkości centa, szerzenie się wrzodu nie postąpiło więcej i na tym stopniu wielkości wrzód utrzymywał się długi czas, w niczem nie zmieniając swego wejrzenia. W miesiąc (19. Czerwca) od dnia przyjęcia chorej, zauważono w rowku czółenkowatym (*fossa navicularis*) nieznaczną ekskoryacyę, której nie przypisywano na razie żadnego znaczenia. W tym czasie (20. Czerwca) przypadła regularność, a po jej ustąpieniu w d. 23. Czerwca, spostrzeżono ze zdumieniem, że ekskoryacya w rowku czółenkowatym położona, powiększyła się znacznie, bo zajęła bez mała prawie cały rowek czółenkowaty i okazuje wszystkie cechy wrzodu stwardniałego pierwotnego, to znaczy: była również gładka lśniąca, żadną wypociną niepokryta, z takiemi samemi, jak wrzód stwardniały na wardze mniejszej położony, miąższowemi wybroczynami a nadto i podstawa jej okazywała również wyraźną stwardniałość.

Badanie chorej nie wykazało nigdzie żadnych innych zmian kiłowych. Wrzód na wardze mniejszej lewej okazywał znaczną poprawę. W pachwinie prawej gruczoły nie powiększone; w lewej nie zmieniły się od czasu pierwszego badania.

Nie ulegało dla mnie najmniejszej wątpliwości, że zmiana w rowku czółenkowatym położona, nie może być czem innem, jak tylko wrzodem stwardniałym, którego jednak powstanie należało wytłómaczyć w sposób zadawalniający naukę i doświadczenie.

Leczenia obu wrzodów nie zmieniono a na chorą i jej stan zwrócono baczną uwagę. Do dnia 7. Lipca (w 50. dniu od czasu wystąpienia drugiego wrzodu), prócz poprawiania się stopniowego obu wrzodów, nic godnego uwagi nie zaszło, w tym jednak dniu dostrzeżono po raz pierwszy na obu bokach klatki piersiowej, w skąpej liczbie plamy syfilityczne; na wardze lewej mniejszej wrzód stwardniały był zupełnie zagojony, z pozostawieniem bardzo wybitnej stwardniałości, wrzód zaś w rowku czółenkowym był prawie w połowie zabliźniony. Innych zmian na częściach płciowych prócz wymienionych nie było. Jama ust wolna; inne gruczoły niezajęte.

Na wrzód stwardniały w dołku czółenkowatym polecono dalej obmywanie z powyżej wymienionego rozczynu sublimatu a na wrzód na wardze mniejszej polecono stosować przylepiec rtęciowy. W siedm dni potem (14. Lipca) wrzód stwardniały w rowku czółenkowatym był zagojony, stwardniałość po nim pozostała była nieznaczna, lecz zawsze wyraźną; natomiast wrzód na wardze wstydliwej położony, rozpadł się był pod plastrem rtęciowym. Plamy wystąpiły liczniej, lecz zawsze jeszcze nie można było uważać erupcyi za ukończoną. Dopiero w dniu 21. Lipca plamy syfilityczne zajęły w całości ten obszar skóry, jaki zajmować zwykły, a tu i owdzie wraz z plamami znachodziły się rozrzucone guzki syfilityczne. Około odbytnicy położone guzki syfilityczne przybrały cechy kłykcin sączących a gruczoły karkowe i barkowe powiększyły się. Jama ust nie była przez zmiany syfilityczne zajętą. Nazajutrz zastosowano chorej pierwsze miąższowe wstrzykiwanie z 0·04 tlenku rtęciowego żółtego. Do usunięcia zmian tych potrzeba było sześć takich wstrzykiwań. Bieg choroby był tylko przy końcu leczenia wystąpieniem bardzo powierzchownych kłykcin sączących na obu migdałkach zamąconym. Chora opuściła szpital w dniu 25. Sierpnia 1891 r.; przy wyjściu zaś jej zanotowano w historyi choroby: Gruczoły karkowe i barkowe po obu stronach macalne; pachwinowe po lewej powiększone, w jamie ust i na skórze zmian nie ma, w miejscu wrzodu stwardniałego na wardze mniejszej nieznaczna mięsistość i lekkie odbarwienie, po wrzodzie w rowku czółenkowatym nie ma ani śladu.

Stan ogólny chorej jest zadawalniającym.

O wiele ciekawszym jest przypadek następujący. Franciszka P., lat 22 licząca, prostytutka, przyjętą została według nru prot. stanu 2045 w d. 19. Grudnia 1891 r. Choroba jej datuje się od dwóch tygodni; o przyczynie jej powstania chora mimo najdokładniejszego wypytywania się nic powiedzieć nie umie. Wejrzenie chorej jest nieco niedokrewne, wewnętrzne organa są jednak zdrowe; odżywienie dostateczne.

Na błonie śluzowej górnej wargi ust, prawie w samym środku, znajduje się powierzchowne, półkulisto wyniosłe owrzodzenie, wielkości centa, strupkiem pokryte, z pod którego za naciskiem wydziela się w małej ilości ciecz surowicza. Po odjęciu strupka, powierzchnia jest gładką, łatwo i względnie dość obficie broczącą. Podstawa wybitnie stwardniała, ściśle ograniczona. Bolesności niema prawie żadnej. Warga nieco obrzękła, wywinięta. Gruczoły karkowe niepowiększone, gruczoły pod kątem szczęki dolnej są po obu stronach powiększone, więcej jednak po stronie lewej, są one niebolesne, kształtu właściwego gruczołom limfatycznym, skóra nad nimi poruszalna, konsystencya ich twarda. Gruczoły podjęzykowe i przyuszne nie są zajęte; również inne gruczoły badaniu przystępne nie okazują żadnych zmian. W jamie ust, na skórze ciała i częściach płciowych, jak niemniej i w całym organizmie nie znaleziono żadnych zmian.

Rzecz naturalna, że nie mogło ulegać wątpliwości, iż mamy przed sobą niewątpliwy wrzód stwardniały na wardze górnej, z następowem zajęciem sąsiednich gruczołów limfatycznych.

Stósownie do tego polecono chorej obmywanie wrzodu 2% rozczynem kwasu borowego i przykładanie plastru rtęciowego.

Bieg choroby był zwykły; znaczniejszych zmian wrzodu, prócz małej poprawy w jego wejrzeniu, nic zauważono żadnych, jednak w dniu 12. Stycznia 1892 r., a więc w 25-tym dniu od przyjścia chorej do szpitala, 39-tym zaś od czasu trwania choroby — jeżeli podania chorej uważać będziemy za prawdziwe — dostrzeżono w pobliżu końca języka na jego

górnej płaszczyznie, nieco na lewo od linii środkowej, małą, bo zaledwie do wielkości prosa dochodzącą ekskoryacyę, pokrytą wypociną szarą, o podstawie wyraźnie naciekłej. Zrazu ekskoryacyę tę uważano za rozpoczynające się *condyloma latum*, chociaż nieproporcyonalnie do jej rozmiarów naciek u podstawy zmiany rozwijający się i brak w ogóle jakichkolwiek zmian w jamie ustnej i na skórze, przemawiały przeciw temu. Zmianę tę zapędzelkowano lekko roztworem wyskokowym sublimatu, co jeszcze powtórzono raz w dniu następnym. Gdy jednak nietylko, że nie zauważono spodziewanej poprawy, ale nadto zmiana na języku się pogarszała, ograniczono się wyłącznie tylko do płukania 2% roztworem chloranu potasowego, aby dalszy rozwój tej, już w owym czasie podejrzanej zmiany módz obserwować. Już w następnych dniach pierwotne rozpoznanie było bardzo nieprawdopodobnem a w tydzień potem nie ulegało już dla nas żadnej wątpliwości, że mamy z inną zmianą, a nie z kłykciną sączącą do czynienia. Dnia 19. Stycznia zmiana przedstawiała się w sposób następujący: w miejscu powyżej oznaczonem (w pobliżu końca języka) znachodzi się płaski naciek, konsystencyi chrząstkowato twardej, ściśle ograniczony, dość znacznie w miąższ języka zapuszczający się. Naciek ten, kształtu owalnego, jest wielkości dużej fasoli, w środku ekskoryowany; powierzchnia ekskoryacyi nie jest żadną wypociną pokryta, lecz przeciwnie jest lśniąca i gładka, barwy ciemno czerwonej. Prócz przeszkody w jedzeniu i mówieniu chora nie doznaje zresztą żadnych bólów w miejscu chorem. Gruczoły nie zmieniły ani co do ilości, ani co do jakości swojego charakteru; pozostały tak, jak przedstawiały się w dniu przyjęcia chorej.

Wobec tego wejrzenia zmiany i świadomy jej przebiegu, rozpoznałem wówczas najprawdopodobniej wrzód stwardniały na języku.

Chorą pozostawiono tylko przy płukaniu jamy ustnej chloranem potasowym.

Wrzód na wardze górnej ust w dniu tym był już oczyszczony, nie okazywał jednak jeszcze śladów gojenia się.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Repozytoryum własnego pomysłu do wypadłej pępowiny.

Opisał

Dr. Henryk Kowalski w Tarnowie.

Do nader przykrych wydarzeń podczas porodu, należy wypadnięcie pętli pępowiny około poprzedzającej główki przez nierozszerzone jeszcze na dwa palce ujście maciczne.

Chociaż wszyscy położnicy zgadzają się na to, że w takim przypadku, celem uratowania życia dziecku, potrzeba odprowadzić pępowinę za pomocą repozytoryum, to jednakże w wyborze jego różnią się bardzo między sobą.

I tak Spaeth [1]) uważa za najodpowiedniejsze repozytoryum tak zwany apoteter Brauna (fig. II. na załączonej tu tablicy). Składa się on z pręta na 34 cm. długiego, z twardego kauczuku lub według E. Martina z fiszbinu. Cieńszy koniec jest zaokrąglony i w odległości 2 cm. poniżej wierzchołka ma otwór, pętelkę wstążeczki swobodnie przewlec dający, której oba końce przechodzą przez otwór dolny, w grubszej części pręta umieszczony. Owinąwszy wypadłą pępowinę naokoło pętelką wstążeczki i założywszy jej koniec za wierzchołek pręta, pociąga się następnie dolne końce wstążeczki tak lekko, by pępowinę tylko uchwycić a nie uciskać i odprowadza się ją do macicy, gdzie przez wyciągnięcie wstążeczki z dolnego otworu i obniżenie pręta, w skutek zesunięcia się pętelki wstążeczki z jego końca, pępowina odłącza się od repozytoryum.

Karol Braun [2]) w drugiem wydaniu swego dzieła nadmienia jednakże, że już obecnie nie używa repozytoryum własnego pomysłu, lecz obmyślanego jeszcze w roku 1826. przez Dudana (fig. I.). Jest to długi i gruby kauczukowy cewnik, którego przetyczką (*mandrin*) chwyta się pętelkę wstążeczki, lekko naokoło pępowiny obwiniętej i na dwa węzły związanej przez otwór cewnika. Z chwilą odprowadzenia pępowiny do macicy wysuwa się przetyczkę z cewnika, w skutek czego pępowina wraz z pętelką wstążeczki na niej obwiązanej utraca łączność z cewnikiem.

Fr. Winkel [3]) i położnicy francuscy Ribemont-Dessaigres i G. Lepage [4]) polecają także repozytoryum Dudana.

Według Karola Schroedera [5]) najodpowiedniejszem tego rodzaju narzędziem jest repozytoryum Robertona (fig. III.). Ze Schroederem zgadza się także i Ludwik Kleinwächter [6]), który do najczęściej używanych repozytoryów obok repozytoryum Brauna zalicza także i Robertona. Składa się ono z cewy kauczukowej, dosyć grubej, w górnym końcu nitką przewiązanej lub, jak to Michaelis zaleca, z grubego elastycznego cewnika, w którym tkwi przetyczka i wstążeczka podwójnie złożona, której pętelka przeciągnięta jest przez otwór cewnika. Do tej pętelki z wstążeczki wkłada się pętlę wypadłej pępowiny, tak jednak, by jej nie uciskać i odprowadza się ją do macicy, poczem wyciąga się przetyczkę z cewnika, który pozostawia w macicy ze zadzierzgniętą na nim pępowiną.

Paweł Zweifel [7]) zaleca znów repozytoryum Schöllera (fig. IV.) zmodyfikowane przez niego przez dodanie nitki (fig. V.). Repozytoryum Schöllera składa się z cewnika na górnym końcu w półkole zakrzywionego i z przetyczki, która przez przesunięcie jej ku górze zamyka półkole wówczas, gdy ułożyło się w nie wypadłą pępowinę. Zweifel zamiast cewnika z przetyczką użył dwóch prętów na sobie ułożonych, z których krótszy, przesuwać się dający, ma na górnym końcu półkoliste wygięcie, do zakończenia którego przytwierdzoną jest nitka, następnie swobodnie między oba pręty przechodząca. Ułożywszy wypadłą pępowinę w to zagięte półkole tak, aby nitka była na wewnątrz pępowiny, zesuwa się na dół krótszy pręt, przez co zamyka się pępowinę w półkolu. Po odprowadzeniu jej do macicy, wysuwa się krótszy pręt do góry i przez pociąganie nitki ku dołowi wypycha pępowinę z półkola.

Otton Spiegelberg [8]) mówiąc o repozytoryach ocenia wreszcie repozytoryum sporządzone przez Murphego (fig. VI.) jako

[1]) Compendium der Geburtshilfe. Erlangen. 1857. s. 264.

[2]) Lehrbuch der gesam. Gynaekologie. 2. Auflage. Wien 1881. str. 547.

[3]) Lehrbuch der Geburtshilfe. 2 Aufl. Leipzig 1893. s. 625

[4]) Précis d'obstetrique. Paris 1894. s. 1052.

[5]) Lehrbuch der Geburtshilfe. 10. Aufl. Bonn 1888. s. 660 i 661.

[6]) Realencyclopädie der gesam. Heilkunde. 2 Aufl. Band XXII Wien und Leipzig 1890. s. 64.

[7]) Lehrbuch der Geburtshilfe Stuttgart 1889 s. 483.

[8]) Lehrbuch der Geburtshilfe. 3. Aufl. Lahr. 1891. s. 654.

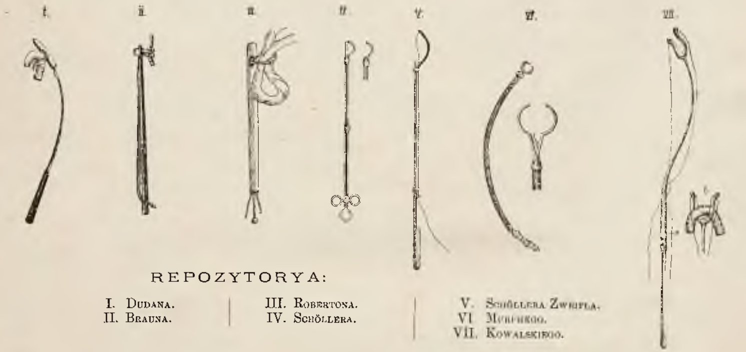
najlepsze, albowiem jest ono zakrzywione i podczas użycia nie wywiera ucisku na pępowinę. Przedstawia się ono jako cewnik kauczukowy, w którego środku mieści się metalowa przetyczka, na swym górnym końcu wystającym z cewnika w dwa półpierścienie zaopatrzona, które z chwilą przesunięcia przetyczki ku górze, za pomocą sprężynki między nimi ułożonej, rozchodzą się i przez obniżenie cewnika dozwalają wysunąć się umieszczonej między nimi pępowinie.

Atoli mimo tych pochwał oddawanych różnym repozytoryom, prawie wszyscy położnicy godzą się na to, że korzyści z nich są bardzo małe. Kleinwächter nadmienia wyraźnie, że z repozytoryów prawie nigdy nie odnosi się pożądanego skutku a Spiegelberg, mimo zachwalania repozytoryum Murphego wyznaje otwarcie, iż z przyczyny tej, że długa pętla pępowiny nie daje się za pomocą repozytoryów założyć ponad główkę i tak ustalić, by ponownie nie wypadła, w ostatnich latach swej czynności położniczej nie używał repozytoryów, lecz wyczekiwał aż nastąpią stósunki dozwalające odprowadzić pępowinę ręką lub zrobić obrót na nóżki.

Aby zaradzić tej niedogodności a zarazem umożliwić dokładne odrażenie repozytoryum środkami przeciwgnilnymi, poleciłem p. Ludwikowi Knapińskiemu, fabrykantowi narzędzi chirurgicznych w Krakowie, sporządzić repozytoryum do wypadłej pępowiny według własnego pomysłu (fig. VII.), okrągłe ramię na 25 mm. długie, od drugiego wszędzie na 15 mm. oddalone, kończy się gałką w kształcie gruszki na zewnątrz wygiętej, ukośnie od góry i wewnątrz ku dołowi i zewnątrz przedziurawionej.

Przewlókłszy nakarbolowaną nitkę jedwabną przez otwory w gałkach widelca i ułożywszy ją na jego podstawie a końce nitki owinąwszy raz naokoło trzonka lub przeciągnąwszy je przez otwór w nim (fig. VII. a), obejmuje się wypadłą pępowinę, n. p z lewej strony miednicy rodzącej widelcem w prawej ręce trzymanym (fig. VII. b) i pod kontrolą palca wskazującego ręki lewej odprowadza do macicy ponad główkę, poczem przez stosowne oddalanie rękojeści od środkowej osi drogi porodowej ku lewemu udu rodzącej i równoczesne pociąganie końców nitki, przez co pępowina występuje z pojemności widelca, próbuje się zaczepić ją za dolną szczękę lub tyłogłowie, słowem, za część główki ku wypadłej pępowinie zwróconą. Pamiętać jednakże należy, aby rękojeść repozytoryum trzymać zawsze tak w ręce, żeby wklęsłość trzonka i widelec ku środkowej osi drogi porodowej były skierowane, do czego dopomaga zwrócenie uwagi na wyrznięcie firmy fabrycznej, na dolnym końcu szerszej płaszczyzny rękojeści, odpowiadające temu wygięciu.

W razie, gdyby pępowina ponownie wypadła, to po powtórnem odprowadzeniu jej przed wyjęciem repozytoryum z macicy, radzę wprowadzić między nie a główkę zwitek



REPOZYTORYA:

I. Dudana. II. Brauna. III. Robertona. IV. Schöllera. V. Schöllera Zwiefla. VI. Murphego. VII. Kowalskiego.

które też Szanownym Kolegom podczas VII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w dniu 25. Lipca b. r. okazałem i objaśniłem na posiedzeniu sekcyi ginekologicznej.

Składa się ono z mosiężnego, zewnątrz niklowanego pręta, na 32 cm. długiego, w górnej części wygiętego i w widelec zaopatrzonego. Rękojeść pręta na 12 cm. długa, jest czworograniasto płaską, by się w ręce nie obracała. Z rękojeści wychodzi okrągły trzonek widelca na 20 cm. długi, tylko na 8 cm. od dołu prosty, od góry zaś w długości 12 cm. wygięty i to tak, jak wygiętą jest łyżka kleszczy do poprzecznego wymiaru główki. Do trzonka przytyka widelec w tej samej linii, co i on wygięty, którego każde gazy wyjałowionej lub jodoformowej wielkości palca, kwoli sztywności dobrze nitką nakarbolowaną ściągnięty tak jednak, aby dolny koniec jego wystawał z ujścia macicy do pochwy. Przytrzymując następnie ów zwitek gazy palcem wskazującym lewym, aby nie wypadł, prawą ręką wyciągać należy zwolna repozytoryum z macicy, naśladując kierunek przy odejmowaniu łyżki kleszczy, odpowiadającej stronie wypadłej pępowiny, praktykowany. Po ułożeniu wreszcie rodzącej na przeciwny bok temu, w którym odprowadzono pępowinę, skoro z postępem bólów ujście maciczne rozszerzy się na dwa palce a główka zupełnie je wypełni, zwitek gazy z macicy można wyjąć podczas bólu.

Kończąc na tem opis repozytoryum własnego pomysłu i pozostawiając Szanownym Kolegom ocenienie jego tak co do konstrukcyi jak i materyału, z którego jest sporządzonem, aż do wypróbowania go w praktyce, ośmielam się wreszcie wymienić zalety, jakie ono ma zdaniem mojem.

Zaletami temi są:

1) daje się przed użyciem dokładnie odrazić, w skutek czego wyklucza zakażenie rodzącej drobnoustrojami;

2) sporządzone z cienkiego mosiężnego pręta, może być w części tworzącej trzonek i widelec stósownie do potrzeby wygiętem;

3) naśladując widelec z dwóch palców złożony, najstósowniejszy do odprowadzenia wypadłej pępowiny, z przyczyny jednakowej wszędzie pojemności widelca, nie wywiera szkodliwego ucisku na pępowinę;

4) ze względu na swą smukłą i gładką budowę, tudzież wygięcie odpowiednie do łyżki kleszczy, daje się wprowadzić ze wszystkich stron miednicy do macicy i stósownie do potrzeby przesuwać, przez co umożebnia założenie pępowiny ponad główkę.

III. Oceny i sprawozdania.

Patogeneza zapalenia otrzewny.

Przez

Dra Karola Kleckiego.

Racyonalne badania z dziedziny fizyologii i patologii jamy otrzewnowej datują się od stósunkowo bardzo niedawnego czasu. Starsi lekarze, którzy wobec braku odpowiedniej metody chirurgicznej uważali otrzewnę, zwłaszcza zaś otrzewnę chorą za *noli me tangere*, byli w stanie zebrać zaledwo najogólniejsze dane kliniczne i anatomiczne, dotyczące patologii jamy brzusznej; ówczesna zaś medycyna doświadczalna mogła była roztrzygnąć jedynie te kwestye, których rozwiązanie opierało się na doświadczeniach, trwających przez czas krótki, niejako odręcznych.

Dla patologii klinicznej jamy brzusznej stanowi epokę era listerowska, w której chirurdzy poczęli laparotomować nadające się do tego przypadki i tą drogą zbierać na żywym ludzkim materyale dane patologiczne i kliniczne. Era ta była jednak bardzo krótkotrwałą: los, jaki spotkał z biegiem czasu antyseptykę, był taki sam, jakiemu podlegały w rozmaitych czasach i inne, w pewnych okresach nawet zasadnicze kierunki i zasady lecznicze: z początku przesadne stósowanie i wynajdywanie coraz to nowych cierpień, w których leczenie nową metodą wrzekomo działało swoiście; później reakcya ze strony trzeźwo patrzących badaczy, opierających się na nowszych wynikach prac biologicznych i lekarskich; wreszcie zredukowanie wskazań do stósowania danej metody do właściwych granic, oczywiście znacznie szczuplejszych od tych, jakie nakreślono im pierwotnie lub w początkowych okresach.

Antyseptyka listerowska, aczkolwiek poprzedzona pełną zasługi działalnością Semmelweissa, wtargnęła do medycyny niejako przełomem; początkowo tu i owdzie próbowano się jej opierać, były to jednak tylko drobne i przelotne przeszkody, jakie spotykała nowa metoda w swym tryumfalnym pochodzie przez świat cały. Sposób, w jaki antyseptyka ustępowała miejsca aseptyce, jako ogólnej metodzie chirurgicznej, był zupełnie innym: z początku mówiono tylko o antyseptyce, później o antyseptyce i aseptyce, obecnie zaś chirurdzy są prawie powszechnie wyznawcami aseptyki; antyseptykę zaś stósują jedynie w tych przypadkach, w których to jest ściśle wskazanem przez wybitnie pasorzytniczą naturę cierpienia. Jednem słowem przewrót ten dokonał się z biegiem czasu, powoli, ale za to bodaj że tem silniej utrwalił się w medycynie, jako zwrot racyonalny, który musiał zjednywać sobie coraz to większą liczbę zwolenników.

Otrzewna i ośrodkowy układ nerwowy stanowią te narządy, na których najgruntowniej i najbardziej przekonywająco wykazano niewłaściwość powszechnego stósowania podczas operacyi środków przeciwgnilnych, zwłaszcza środków silnie działających. Delbet, de Grandmaison i Bresset[1]) wykazali doświadczalnie na psach, że po zadziałaniu na otrzewnę silniejszymi antyseptykami (karbol, sublimat), komórki śródbłonkowe kurczą się, ich pierwoszcze (protoplazma) rozpada się i następuje częściowe lub całkowite obumarcie surowiczej powierzchni otrzewny. Śródbłonki naczyń pozostawały nienaruszone. Słabe środki antyseptyczne, jakoto: kwas borowy i salol bardzo rozcieńczone, fizyologiczny rozczyn soli kuchennej oraz jodoform znosiła otrzewna psów bez szkody. Pernice[2]) wywoływał stężonymi rozczynami fenolu oraz sublimatu surowicze lub surowiczoropne zapalenie otrzewny. Kraft[3]) wywoływał wszystkie stopnie zapalenia otrzewny przez wprowadzenie do jamy brzusznej rozczynów kreoliny. Reichel[4]) doszedł na podstawie swoich doświadczeń do wniosku, że samo płukanie nawet zupełnie obojętnymi płynami otrzewny, dotkniętej zapaleniem, sprowadza wysięki brzuszne, czasem nawet wysięki krwawe. Walthard[5]) przekonał się, że nawet słabe rozczyny sublimatu, do niedawna zwykle używane przy operacyach w jamie brzusznej, wywołują zmiany patologiczne w błonie surowiczej, a że otrzewna dobrze znosi fizyologiczny rozczyn soli kuchennej oraz tenże rozczyn z dodatkiem sody 2‰. Dembowski[6]), który badał drogą doświadczalną powstawanie zrostów otrzewnowych po operacyach brzusznych, wyraża przekonanie, że ani zwykłe środki antyseptyczne, ani też jodoform zmiany tej nie wywołują.

Z powyżej przytoczonych danych wynika, że, jeżeli zwrot od antyseptyki do aseptyki nie był obojętnym dla chirurgii brzusznej, to miał on pierwszorzędną doniosłość w tym względzie dla medycyny doświadczalnej, która na chirurgii wzorowaną być musi.

Uwzględniając działanie środków antyseptycznych na błonę otrzewną, głównie zaś wykluczając ich działanie przez aseptyczne operowanie zwierząt doświadczalnych, wykluczamy zarazem poważny czynnik patologiczny, wikłający a właściwie zaciemniający wyniki doświadczeń nad otrzewną. W badaniach nad patogenezą zapalenia tej błony stanowi więc epokę nie antyseptyka, jak to jest w chirurgii, a czysta aseptyka; w medycynie doświadczalnej stanowi ona jedynie uzasadnioną ogólną metodę operacyjną.

Posiadamy już pokaźny szereg prac nad patogenezą zapalenia otrzewny, w których doświadczenia przeprowadzono w sposób racyonalny. Wyniki prac tych, aczkolwiek może sprzeczne w rzeczywistości lub pozornie w rozmaitych szczegółach, przedstawiają wiele okoliczności ciekawych, nie tylko ze stanowiska ogólno-lekarskiego, lecz także ze stanowiska czysto naukowego, biologicznego. Ponieważ literatura patogenezy zapalenia otrzewny jest bardzo bogata a kwestya ta zostaje w bardzo blizkim związku z innemi kwestyami ogólniejszej natury z dziedziny patologii oraz mikrobiologii, było mojem staraniem zestawić w pracy niniejszej wyniki

[1]) Delbet, de Grandmaison, Bresset: De l'action des antiseptiques sur la peritoine. Paris 1891. Ref. w Virchow. Hirsch J. B. 1891, II, 449.

[2]) Pernice: Sulla peritonite sperimentale. Rivista intern. di m. e chir. 1887. Gennaja. Ref. w Baumgarten's J. B. T. III. p. 388.

[3]) Kraft: Experimentel- pathologiske Studier over acut peritonitis. Kbhvn 1891 Ref. w Baumgarten's J. B. 1891. T. VII. p. 33.

[4]) Reichel: Beitraege zur Aetiologie und chirurgischen Therapie der septischen Peritonitis. Deutsche Ztschr. f. Chir. T. XXX. p. 1.

[5]) Walthard: Experimenteller Beitrag zur Kenntnis der Aetiologie der eitrigen Peritonitis nach Laparotomien. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. T. XXX. Zesz. 3—4. p. 275. 1892.

[6]) v. Dembowsky: Zur Entstehung der peritonealen Adhaesionen. Centralbl. f. Gynaec. 1891. Nr. 15. p. 281.

dotychczasowych w tej mierze badań, aby po krytycznem ich rozpatrzeniu tem jaskrawiej uwydatniły się niestety, jeszcze bardzo liczne ciemne punkty w dziedzinie patologii jam surowiczych. (Ciąg dalszy nastąpi).

Sprawozdanie z oddziału ginekologicznego kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana z roku szkolnego 1893/4.

Napisali

Dr. Aleksander Rosner i Dr. Ludwik Świtalski,
asystenci tejże kliniki.

Przystępując do ogłoszenia sprawozdania z ruchu chorych w klinice ginekologiczno-położniczej krakowskiej, czynimy przedewszystkiem zadość woli ś. p. nieodżałowanego Szefa naszego prof. Madurowicza. Niekorzystne a nieprzewidziane okoliczności nie pozwoliły nam uczynić tego samego w ubiegłym roku szkolnym a odkładając pracę tę do roku następnego, nie przeczuwaliśmy wcale, że sprawozdania z Jego kliniki odkładamy na zawsze i że opaźniając się o rok, pisać już będziemy o chorych, którym nie było danem zaznać w klinice Jego umiejętnej i ojcowskiej opieki, w której tak misternie łączyły się rozum z sercem, stanowczość, gdzie była potrzeba, z wahaniem a humanitaryzm, tak Go charakteryzujący ze względami dydaktycznymi. Ale klinika, jak to zapowiedział we wstępnym wykładzie obecny jej kierownik, prowadzona jest dalej po jego myśli a pamięć o Nim uczestniczy we wszystkich naszych pracach. Niech więc to pierwsze sprawozdanie pisane z Jego dawnej kliniki, na życzenie i pod kierunkiem jednego z pierwszych Jego uczniów a obecnego jej szefa, poświęcone będzie Jego pamięci!

W sprawozdaniu niniejszem nie znajdzie czytelnik zapewne tylu i tak ciekawych szczegółów, jak w podobnych pracach wychodzących z dużych klinik zagranicznych. Przyczyny tego nie należy jednak szukać w braku materyału; owszem nasz materyał ambulatoryjny jest tak co do ilości jak i jakości znakomity i nie ustępuje w niczem materyałowi dużych klinik, ba nawet co do jakości często go przewyższa. Przyczyna tkwi w tem, że nie da się on należycie naukowo wyzyskać z powodu, że sama klinika jako lokal najzupełniej nie odpowiada swojemu przeznaczeniu a jej urządzenie wewnętrzne urąga wszelkim nowszym wymaganiom nie tylko daleko idącym i skrajnym, ale wprost najelementarniejszym.

Nie wspominając już o salach chorych, zawsze przepełnionych i o kancelaryi profesora, która jest zarazem pokojem dyżurnych lekarzy, pracownią, biblioteką i muzeum, dość zaznaczyć, że nasza sala operacyjna, w której wykonywa się laparotomie, jest równocześnie salą wykładową dla kliniki uczniów i szkoły położnych oraz dla kursów asystentów, salą ambulatoryjną, salą porodową tak dla porodów czystych jak i zakażonych, których nam dość często dostarczają wsie okoliczne a dopiero w roku ubiegłym, dzięki wpływom i niezwykłej uprzejmości p. Radcy budownictwa Sarego, przestała służyć na skład bielizny klinicznej. Liczba łóżek przeznaczonych dla chorych ginekologicznych wynosi tylko 11, gdy niewątpliwie możnaby stale zapełnić 25 łóżek. Ztąd ciągły brak miejsca i niezmierne trudności w przyjmowaniu chorych, przysyłanych przez lekarzy. Na szczęście klinika ma oddział rezerwowy, za jaki uważać można oddział III-ci szpitala św. Łazarza. Ma on 20 łóżek ginekologicznych, zapełnionych przeważnie materyałem klinicznym a i on jest niewątpliwie zaszczupłym, gdyż średnia liczba chorych przekracza cyfrę 20.

Ten oddział rezerwowy ułatwia nam niezmiernie gromadzenie materyału operacyjnego i naukowego. Pacyentka przysłana do kliniki z dalekich stron i nie znajdująca miejsca w klinice, czeka na nie leżąc w oddziale III-cim, tak jak z drugiej strony dość często pacyentki po operacyi w klinice przyjmuje oddział, przez co w klinice opróżnia się łóżko, na które zwykle już ktoś czeka. Temu urządzeniu zawdzięczamy to, że na 11-tu łóżkach mieliśmy w ubiegłym roku szkolnym 156 pacyentek, gdy bez pomocy tego oddziału osiągnęlibyśmy zaledwie cyfrę 70—80.

W zestawieniu chorób leczonych w klinice, załączonem poniżej na osobnej tablicy, zauważyć można przedewszystkiem brak stosunku pomiędzy cierpieniami ciężkiemi a łagodnemi na korzyść tych pierwszych. Tłómaczy się to bardzo łatwo szczupłością naszych ubikacyj, sprawiającą sortowanie materyału; przyjmuje się tylko cięższe przypadki a z lżejszych te, które niezbędnie są potrzebne do wykładu dla uczniów.

W ubiegłym roku leczyliśmy w klinice chorób sromu 6 przypadków, chorób pochwy 37, chorób macicy 61, chorób jajników 27, trąbek 8, tkanki okołomacicznej i omacicznej 10, innych 9 (z tych 4 osteomalacye).

Tablica a).

Srom i międzykrocze	Haematoma vulvae	1	—
	Prolapsus urethrae	1	—
	Ruptura perinei completa	2	—
	Ruptura perinei incompl. inveterata	2	4
Pochwa	Atresia vaginae	2	—
	Carcinoma vaginae	1	—
	Fistula recto-vaginalis	1	—
	Fistula urethro-vaginalis	1	—
	Fistula vesico-vaginalis	10	—
	Fistula vesico- et urethro-vaginalis	1	—
	Fistula vesico-uterina externa	5	—
	Fistula vesico-uterina interna	2	—
	Inversio vaginae	9	—
	Prolapsus vaginae anterior	2	—
	Prolapsus vaginae posterior	3	—
	Stenosis vaginae acquisita	1	37
Macica	Adenoma cervicis uteri	1	—
	Anteflexio uteri	5	—
	Carcinoma corporis uteri	1	—
	Carcinoma cervicis ut. operabile	2	—
	Carcinoma cerv. ut inoperabile	2	—
	Endometritis cerv. ut. gonorrh. acut.	1	—
	Endometritis post abortum	2	—
	Endometritis universalis haemorrh.	5	—
	Fibroma submucos. cerv. uteri	5	—
	Fibroma uteri subserosum	3	—
	Fibromyomata uteri interstitialia	3	—
	Haematometra	2	—
	Hypertrophia cervicis	1	—
	Hypertrophia follicul. labii poster.	1	—
	Laceratio cervicis	2	—
	Metritis cervicalis	3	—
	Polypus mucos. cervicis uteri	1	—
	Prolapsus uteri completus	2	—
	Retroflexio uteri fixata	9	—
	Retroflexio uteri libera	3	61
Jajniki	Oo- et perioophoritis dextra	1	—
	Sarcoma uteri et ovarii utriusque	3	—
	Stenosis cervicis uteri	4	—
	Cystis ovarii dextri	2	—
	Cystis ovarii sinistri	4	—
	Cystis parovarii dextri	2	—
	Descensus ovarii utriusque	6	—
	Kystoma ovarii dextri	9	—
	Kystoma ovarii sinistri	2	—
	Kystoma ovarii utriusque	1	27

Trąbki	Graviditas extrauterina interstitialis	1	—
	Hydrosalpinx	2	—
	Pyosalpinx	4	—
	Salpingitis ambilateralis	1	8
Tkanka około-maciczna i omaciczna	Exsudatum parauterin. dextr. . .	1	—
	Exsudatum parauterin. sinistr. . .	2	—
	Exsudatum para- et periuterin. . .	2	—
	Exsudat para- et periut. post abort.	1	—
	Haematocele anteuterina	1	—
	Haematocele retrouterina	1	—
	Parametritis dextra	1	—
	Parametritis puerperalis exsudat. .	1	—
	Pelveoperitonitis adhaesiva . . .	1	11
Zmiany chorobowe poza częściami rodnemi	Caries vertebrae lumbalis	1	—
	Neoplasma malignum omenti . . .	1	—
	Neoplasma malignum peritonei . .	1	—
	Peritonitis tuberculosa	1	—
	Sarcoma glandulare retroperiton. .	1	—
Choroby ogólne	Osteomalacia	4	4
	Razem . . .	—	152

Jeżeli w ogóle ginekologia dzisiejsza przedstawia kierunek operacyjny, to uwidacznia się on pozornie zbyt jaskrawo w naszem sprawozdaniu. Na 156 chorych leczonych aż 129 operacyj! Ale ten niestósunek znowu tłómaczy się sortowaniem cięższej chorych. Pacyentki, u których wskazane jest leczenie konserwatywne, idą częścią na nasz oddział rezerwowy, który też wykazać może niestósunkowo dużą cyfrę zapaleń okołomacicznych i omacicznych, częścią leczone są ambulatoryjnie. To leczenie ambulatoryjne odbywa się podobnie, jak i kliniczne w obec uczniów, którym nawet oddaje się lżejsze zabiegi, jak pędzlowanie, sondowanie i t. d., naturalnie pod kontrolą asystentów.

Ale nie samem pędzlowaniem zajmujemy się w tych godzinach ordynacyjnych; musimy nieraz wykonywać pomniejsze operacyjne zabiegi, jak histerostomatomią, *abrasio mucosae* u chorych, które z powodu braku miejsca nie mogą być pomieszczone w klinice. Nie potrzeba dodawać, że kierujemy się tu najskrupulatniejszą ostrożnością i jak dotąd nie mamy powodu odstępować od tego sposobu leczenia.

Nie licząc tych ambulatoryjnych zabiegów, wykonaliśmy w klinice stałej w ubiegłym roku szkolnym 129 operacyj, których spis poniżej podajemy.

Abrasio mucosae.	8
Amputatio supravaginalis propter sarcoma .	1
Castratio	6
Episiorrhaphia	1
Excisio carcinomatis vaginae	1
Excisio cuneiformis labiorum m. Schroder .	4
Excisio fibromatis polyposi per vaginam . .	5
Excisio hypertrophiae follicularis	1
Excisio polypi mucosi cervicis uteri	2
Excochleatio et cauterisatio carcinomatis cervicis uteri	1
Exstirpatio uteri per vaginam	3
Hysterostomatomia	4
Incisio haematomatis vulvae	1
Kolpokleisis	1
Kolpoperineorrhaphia	8
Kolporrhaphia anterior	5
Kolporrhaphia posterior	5
Laparotomia explorativa	5
Laparotomia et incisio pyosalpingis	1
Laparotomia, operatio gravid. extrauterinae .	1
Myomotomia	4
Oophoropexia	2
Operatio Alquié-Adams-Alexander	2
Operatio haematometrae	2
Operatio m. Bardenheuer	2
Operatio plastica vaginae	1
Operatio prolapsus vaginae m. Freund . . .	3
Operatio radicalis prolapsus urethrae . . .	1
Ovariotomia	16
Salpingectomia	4
Sutura fistulae	14
Trachelorrhaphia Emmet	2
Ventrofixatio uteri	12
Razem . .	129

Pomiędzy temi operacyami znachodzimy takie, które już przez swoją ciężkość, inne, które przez swoją rzadkość zasługują na szczegółowy opis.

Do pierwszych zaliczyć winniśmy wszystkie laparotomie, do drugich nieliczne przypadki jak *incisio haematomatis vulvae*, *operatio prolapsus urethrae* i t. d.

To też poniżej przechodząc po kolei 8 głównych działów chorób leczonych w klinice, nie mamy zamiaru przytaczać wszystkich historyj chorób, ani też zastanawiać się nad wszystkiemi operacyami. (Ciąg dalszy nastąpi).

Choroby wewnętrzne.

F. Lemke (w Hamburgu): **O rozpoznaniu i teoryi choroby Basedowa.**

Choroba Basedowa przedstawia takie mnóstwo przypadów, iż nie tylko nie można się w nich zoryentować, ale nawet trudno odnieść je do wspólnej przyczyny. Ostatecznie wyrobiło się przekonanie, iż choroba Basedowa jest chorobą układu nerwowego, mianowicie nerwu współczulnego. Rozmaitość wszakże nadzwyczajna zmian patologicznych i ich niestałość nie pozwoliły dotychczas anatomii patologicznej wyświecić istoty choroby Basedowa.

Biorąc ze stanowiska klinicznego pod uwagę mnogość przypadków w chorobie, o której mowa, znajdujemy tylko dwa stałe i od siebie nieodłączne: *delirium cordis* i drżenie całego ciała, osobliwie kończyn. Autor używa naumyślnie wyrazu *delirium cordis*, ponieważ ono lepiej maluje stan serca, niż wyraz kołatanie, *tachycardia*. Tętna w chorobie Basedowa zazwyczaj policzyć nie można (? *Przyp. spraw. Przegl. lek.*), przyczem z początku tony serca są czyste, później wszakże wyrabiają się wady serca. To *delirium cordis* jest zdaniem autora tak charakterystyczne, iż po niem wyłącznie możnaby rozpoznać chorobę Basedowa. Co do drżenia całego ciała, nasuwa się myśl, iż pochodzi ono od serca, gdyby nie okoliczność, iż znika ono w pozycyi leżącej i siedzącej.

O dalszych dwóch, z kolei najpospolitszych przypadach, wolu *(struma)* i wysadzeniu gałek ocznych (*exophthalmus*), wiadomo, iż ich nie bywa z początku choroby i że do rozpoznania choroby nie są one bynajmniej niezbędne; uważać je trzeba przeto za następowe. *Delirium cordis* i drżenie wystarczają same przez się do rozpoznania choroby Basedowa a wykrycie ich przyczyny byłoby wykryciem istoty choroby Basedowa.

Z uwagi na okoliczność, iż w błednicy (*chlorosis*) skład chemiczny krwi jest zmieniony i że tej chorobie towarzyszy właśnie tak często kołatanie serca, wolno sądzić, iż i w chorobie Basedowa zmiana składu krwi jest przyczyną owego *delirium cordis*.

Wiadomo, iż obok śledziony i szpiku kostnego gruczoł tarczykowy ma wpływ na skład krwi, jak tego dowodzi najlepiej tak zwana *cachexia strumipriva*. Prawdopodobnie gruczoł tarczykowy ma znaczenie dla składu chemicznego krwi a wiadomo z doświadczeń Credégo i Loehleina, iż po wycięciu śledziony obrzmiewał znacznie gruczoł tarczykowy; uzasadnionem jest przeto przypuszczenie, że zmiana chemicznej czynności gruczołu tarczykowego jest właściwą przyczyną owego *delirium cordis* i drżenia ciała. Z przypuszczeniem tem

zgadza się okoliczność, iż przypady choroby Basedowa występują obok rozmaitych zmian w gruczole tarczykowym i że częściowe usunięcie schorzałego gruczołu tarczykowego wpływa nieraz bardzo korzystnie na przebieg rzeczonej choroby.

Autor przeto jest zdania: 1) że do rozpoznania choroby Basedowa wystarcza *delirium cordis* i drżenie ciała. Reszta przypadów jest następowa i służy tylko do poparcia rozpoznania.

2) Przyczyna choroby Basedowa tkwi najpodobniej do prawdy w zboczeniu chemicznego wpływu gruczołu tarczykowego na krew i

3) zatem choroba Basedowa nie jest wcale chorobą układu nerwowego.

Okoliczność, że najpierwsze przypady występują w mięśniach (mięśniu sercowym) całego ciała, każe wnosić, iż chorobowy wytwór gruczołu tarczykowego jest swoistą trucizną dla włókien mięsnych, i tłómaczy nam dostatecznie najgłówniejsze przypady choroby Basedowa, osobliwie jeżeli przypuścimy, iż podobnemu szkodliwemu wpływowi ulegają także i gładkie mięśnie i iż ze wszystkich części ustroju mięśnie są w krew najzasobniejsze. *(Deutsche med. Wchschft.* 20. Grudnia 1894). *R.*

E. Nicaise: **O bólach wywoływanych przez zrosty otrzewnowe.**

W skutek rozmaitych spraw chorobowych w jamie brzusznej powstają w niej często zrosty, łączące otrzewnę ścienną z otrzewną narządów brzusznych lub części ostatniej ze sobą; zrosty te, stósownie do swego umiejscowienia i postaci, różnią się bardzo swemi następstwami. Niektóre z nich wywołują poważne, czynnościowe zaburzenia narządów brzusznych, n. p. niedrożność kiszek, inne zaś sprawiają jedynie mniej lub więcej dokuczliwe bóle, które dochodzą w niektórych razach do takiej mocy, że stają się nie do zniesienia i sprowadzają konieczność operacyi. Co do pożyteczności ostatniej w tych przypadkach, rozmaite są zdania. Niektórzy chirurgowie sądzą, że bóle zależą tu więcej od ogólnego stanu zdrowia, aniżeli od zrostów; operacya więc jest, podług nich, bez pożytku. Przypadek jednak Nicaisa, w którym laparotomia i usunięcie zrostów uleczyło chorą, dowodzi, że w niektórych przynajmniej razach bóle powstają jedynie skutkiem zrostów. Co do zrostów, grupuje je autor w następujący sposób:

1. zrosty świeże, zależne od współczesnego z nimi zapalenia ostrego,
2. zrosty stare w formie:
   a) tkanki łącznej delikatnej i wiotkiej,
   b) nici i błon podłużnych, tworzących sieci i pierścienie i
   c) w formie mniej lub więcej rozległych zrostów bezpośrednich, łączących sąsiadujące ze sobą narządy brzuszne.

Zrosty te spotykamy w jamie brzusznej, w miednicy i w workach przepuklin; w miednicy są one bardziej, niż w jamie brzusznej, niebezpieczne, gdyż wywołują tu często nagłe zagięcia kiszek pod kątem. Spotykamy je dalej około pęcherzyka żółciowego, pod wątrobą, w okolicy żołądka w przypadkach wrzodu okrągłego; w miednicy znajdują się one najczęściej w pobliżu trąbek Eustachiusza, jajników i macicy.

Rozpoznawanie zrostów przedstawia wiele trudności. Często można zrosty rozpoznać jedynie przez wykluczenie; należy przy tem zwracać uwagę na przebyte dawniej sprawy zapalne, na zaburzenia czynnościowe organów jamy brzusznej i nareszcie na bóle. Bóle te wywołuje: 1) zesunięcie narządów brzusznych z miejsc im właściwych i napinanie się włókien zrostów, 2) zaciśnięcie kiszek i zwężenie ich światła; tej ostatniej kategoryi najbardziej odpowiada nazwa kolki kiszkowej. Bóle bywają czasami łagodne; w innych zaś razach gwałtowne, prawie nie do zniesienia. U osób nerwowych, wrażliwych są one silniejsze. Zrosty miednicy częściej bywają bolesne od zrostów jamy brzusznej. Zrosty w formie nici, włókien są boleśniejsze od zrostów bezpośrednich stykającemi się ze sobą powierzchniami narządów. Dla rozpoznania siedziby zrostów ma ważne znaczenie to, czy bóle powstają zaraz po jedzeniu, czy też w parę lub kilka godzin, możemy bowiem z tego wnioskować, że mamy do czynienia, w pierwszym przypadku ze zrostami żołądka, w następnym ze zrostami kiszki cienkiej lub grubej. Szczególne znaczenie ma to wtedy, gdy i siedziba bólu odpowiada naszym danym. W miednicy bywają zrosty, które wywołują bóle jedynie w czasie miesiączkowania. Co się tyczy leczenia, to zbytnio spieszyć się z operacyą nie należy, gdyż są zrosty, które stopniowo wydłużając się i zwężając, ostatecznie same przez się giną. Pewną ulgę w tych razach przynosi ucisk brzucha przez pasy flanelowe lub inne. W zrostach miednicy stósuje się często mięsienie, na środek ten zbyt jednak liczyć nie można. Najpewniejszem lekarstwem jest laparotomia i zniszczenie zrostów; ponieważ jednak jest ona rękoczynem dość poważnym, wymagającym ścisłej antyseptyki (?), więc uciekać się do niej Nicaise radzi jedynie w przypadkach, gdzie bóle są bardzo silne.

Prócz tych wniosków, w pracy swej podaje autor dwa opisy chorób; pierwszy z nich z rozpoznaniem: „Zrosty kiszkowe całkowite. Przepuklina sieci ścienna. Przerost gruczołu krokowego. Wstrzymanie moczu. Objawy niedrożności kiszek.“ — Chory przybył do szpitala w stanie bez nadziei; operacyi mu nie robiono. Autopsya potwierdziła rozpoznanie. W drugim przypadku, wspomnionym na początku streszczenia, rozpoznano: przepuklinę pępkową zastarzałą, niedającą się odprowadzić, b o l e s n ą i zrosty nitkowate kiszek z workiem przepuklinowym. Laparotomia potwierdziła rozpoznanie, wobec czego wykonano operacyę doszczętną czyli radykalną z wycięciem worka przepuklinowego. Wyleczenie otrzymano zupełne. (*Revue de chirurgie,* N. 8, 1894). *A. Majewski.*

Veillon: **Badanie bakteryologiczne ostrych, niebłoniczych zapaleń gardła.**

Zastósowanie surowicy do leczenia błonicy odpowiednio przyrządzonej, skierowało uwagę badaczy na choroby gardła. Praca, z której zdajemy sprawę, wzbogaca bakteologię nową zdobyczą, rozstrzygając stanowczo, że wszelkie zapalenia gardła niebłonicze są wynikiem miejscowego zakażenia przez *streptococus pyogenes.* Autor postępował w ten sposób, że odosobniał i badał te laseczniki, które przebywają w gardle i migdałach człowieka zdrowego, a następnie osobno te, które znajdował w tych narządach podczas zapalenia gardła; trzymał się zasady, że nie należy szukać w tego rodzaju badaniach tego lub owego lasecznika, lecz bez uprzedzenia badać to, co się przedmiotowo znajdzie. Pomijamy całą procedurę techniczną. Ostateczne wyniki tych mozolnych badań są następujące: na 24 przypadki zapalenia gardła znalazł Veillon 34 razy *streptococus pyogenes*, 16 razy *pneumococus virulens*, 2 razy *staphylococcus aureus.* Jakby nie przedstawiały się rozmaicie różne postacie zapalenia gardła, są one tej samej przyrody, t. j. wywołuje je *streptococcus pyogenes* samodzielnie lub w towarzystwie dwóch wyżej wymienionych laseczników a postać zapalenia gardła zależy od umiejscowienia *streptococcus pyogenes* bądź na błonie śluzowej (zapalenie nieżytowe), bądź w miąższu błony (zapalenie włóknikowo-wypocinowe), bądź wreszcie w utkaniu komórkowem podśluzowem (zapalenie miąższowe, ropne). *Streptococus pyogenes* jest tym samym lasecznikiem, który wywołuje różę. (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Październik, 1894). *Dr. A. Kwaśnicki.*

Klimatoterapia.

B. Stiller (w Budapeszcie): **Klimat górski w chorobie Basedowa.**

Prawdziwa patogeneza tej choroby jest mimo jej tak bijących w oczy objawów jeszcze sporną. Najczęściej uważają ją za nerwicę czynnościową, jedni nerwu współczulnego drudzy rdzenia przedłużonego, inni szukają jej źródła

w zmianach anatomicznych tejże części. W nowszych czasach przyjmują ognisko choroby w wolu *(struma)*, uważając chorobę Basedowa za zatrucie w następstwie schorzenia gruczołu tarczykowego, który ma posiadać własności oczyszczania krwi. Przed 6 laty doniósł Stiller na zjeździe Wiesbadenie o 2 przypadkach, w których ukazał się świetny, uderzający skutek klimatu górskiego. Oba spostrzeżenia tyczyły się przypadków występującej w końcu puchliny wodnej z nagromadzeniem się przesączyny w wszystkich jamach i białkomoczem, w których wszystkie środki zawiodły a Szmeks sprowadził zupełne wyleczenie. Obie chore są do dnia dzisiejszego, jedna od 14, druga od 6 lat, zupełnie wolne od choroby B. i puchliny. S. nie chce i nie może tłómaczyć tego skutku klimatu górskiego na podstawie fizyologicznej, tem mniej, że skutek ten wprost nie zgadza się z przyjętą w leczeniu powszechnie zasadą, że chorych na serce w okresie niewyrównania w góry posyłać nie należy. Od owego czasu zebrał Stiller doświadczenia tylko korzystne o tym sposobie leczenia: jeden przypadek został zupełnie wyleczonym, 6 innych przypadków okazuje znaczne polepszenie. Wszyscy ci chorzy znajdowali się w okresie występowania puchliny. Z dotychczasowych swych doświadczeń wysnuwa S. wniosek, że klimat górski doszczętniej wpływa na okres puchlinowy choroby, niż na chorobę Basedowa w początkach. Wobec tego proponowałby S., mimo dotychczasowego przeciwnego zapatrywania, spróbować klimatu górskiego także w niewyrównanych wadach sercowych zwykłego pochodzenia — z wyjątkiem przypadków z miażdżycą tętnic.

Stiller nie uważa wcale powietrza górskiego, najmniej 1000 metrów za niezawodny środek swoisty w chorobie B., w każdym razie jednak za najcenniejszy z znanych dotychczas sposobów leczenia. Wzywa on lekarzy, by przez dokładne spostrzeżenia i doniesienia przyczyniali się do wyjaśnienia następujących pytań: 1. Jak dalece może powietrze górskie wyleczyć powikłaną chorobę Basedowa? 2. Czy ono także i nadal tak świetnie działać będzie w przypadkach niewyrównanych? 3. Czy nie potrafi wpłynąć korzystnie także na inne, niepowikłane wady serca? *(Pester med. chirurg. Presse.* 1894. Nr. 11). *Dr. Bf.*

Choroby dzieci.

Baran: **Dodatek do sposobu sztucznego odżywiania dzieci.**

Autor podaje osobny przyrząd do gotowania mleka, złożony z naczynia w środku cynowanego z osobną przykrywą, w którem przez gotowanie wyjaławia się naraz dzienną porcyą mleka; z tego wlewa się pewną część do właściwej flaszeczki do użytku na raz. Przypuszczane przez niektórych autorów zanieczyszczenie mleka przez zetknięcie *(Contactinfection)* uważa autor na podstawie badań Langermanna i Flüggego za niemające znaczenia, gdyż szkodliwy organizmowi ludzkiemu zarazek nie rozmnoży się wcześniej, niż po 24 godzinach. Przepisy co do stopnia rozcieńczenia mleka stosownie do wieku oseska, podane przez autora są zupełnie odmienne od powszechnie używanych a jednak ten sposób wyjaławiania mleka, podawanego oseskom w rożnem roztworzeniu, daje autorowi bardzo dobre wyniki sztucznego karmienia. (*Deutsche Med. Wschrift* 1894. Nr. 26).

Dr. Komorowski.

Choroby zakaźne.

Zakład szczepienia ochronnego wścieklizny w Wiedniu.

Kilkoletnie narady najwyższej Rady zdrowia skłoniły Ministerstwo do udzielenia sposobności Prof. Paltaufowi bliższego badania w Paryżu pasteurowskiej metody leczenia i do urządzenia stacyi szczepienia ochronnego wścieklizny w szpitalu Rudolfa w Wiedniu. Relacya prof. Paltaufa daje się streścić w następujący sposób:

1) Leczenie metodą Pasteura może odbywać się tylko u osób pokąsanych przez zwierzęta wściekłe lub o tę chorobę bardzo podejrzane. Zranienia w formie powierzchownych zdarć przyskórka lub wgłębień zębów, choćby pochodzące od zwierząt wściekłych nie wymagają tej metody leczenia. W przypadkach wątpliwych co do choroby zwierzęcia, należy je obserwować. To też w celu poddania się leczeniu metodą Pasteura winni zgłaszać się chorzy z świadectwami urzędowo potwierdzonemi co do objawów za życia, wyniku sekcyi i w przypadku, gdy głowy zwierzęcia nie odesłano do instytutu we Wiedniu, z podaniem zakładu, w którym zapomocą doświadczenia wykazano wściekliznę. Z rozporządzenia Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 28. Marca 1894. próbne szczepienie dla wykazania wścieklizny może się odbywać w instytucie weterynarskim we Lwowie i w Wiedniu, w zakładzie szczepienia wścieklizny w szpitalu Rudolfa, tudzież w zakładach higienicznych i bakteryologicznych we wydziałach lekarskich.

2) W zasadzie leczenie to powinno odbywać się ambulatoryjnie; tylko tym osobom, u których zranienia wymagają opieki szpitalnej, na ten czas trwania leczenia chirurgicznego można zapewnić przyjęcie do szpitala. Jeżeli u człowieka wystąpi wścieklizna ze swemi objawami, to taki chory musi być oddany do szpitala i tamże leczony.

3) Leczenie to w zakładzie ma się odbywać bezpłatnie. W miesiącu Lipcu b. r. ogłoszeniem Namiestnictwa Austryi dolnej z dnia 27. Lipca b. r. oddano zakład ten do publicznego użytku. Leczenie trwające 12—14 dni polega na codziennych podskórnych wstrzykiwaniach zawiesiny z rdzenia pacierzowego, suszonego przez 15—3 dni, królików, u których sztucznie przez szczepienie wywołano wściekliznę. Ponieważ u człowieka objawy choroby tej występują najczęściej w 2-gim miesiącu po pokąsaniu przez zwierzęta, przeto okres ten jest dostatecznym, by ochronić organizm ludzki zapomocą wstrzykiwań od wybuchu wścieklizny.

Koniecznem jest, by chorzy leczeni w zakładzie szczepienia ochronnego wścieklizny po powrocie do stałych miejsc pobytu byli przez przeciąg całego roku w obserwacyi lekarskiej a w przypadku śmierci wśród objawów nawet tylko podejrzanych o wściekliznę, zwłoki ich natychmiast poddane były sekcyi policyjno-lekarskiej; w przypadkach wykazania lub nawet podejrzenia wścieklizny należy mostek Warola z rdzeniem przedłużoyym po oddzieleniu móżdżku w glicerynie wedle ustawy opakowane odesłać wraz z historyą choroby i protokołem sekcyjnym do zakładu w szpitalu Rudolfa w Wiedniu. (*Das österreichische Sanitätswesen* Nr. 39. 1a94). *Dr. Komorowski.*

Okulistyka.

B. Wicherkiewicz: **O leczeniu zakażenia oka powstałego po operacyach zaćm.**

Jakkolwiek od czasu wprowadzenia antyseptyki odsetka zakażeń ran po operacyi zaćmy zmalała znacznie, bo wynosi bodaj 1% w przeciwstawieniu do 15% w czasach przedantyseptycznych, to jednak i dziś ropienie udaremnia niejedną operacyą. Lecz gdy dawniej oko zakażone jadem ropnym było niechybnie stracone, mimo wszelkich starań lekarza i stosowania wszelkich, dawniej zalecanych środków, jak upust krwi, okłady ciepłe, atropina, środki czyszczące itp., dzisiaj mamy nierównie silniejszą broń przeciw ropieniu i nieraz może się udać otrzymać jeszcze jaki taki wzrok, pomimo tak ciężkiej sprawy, jaką jest zapalenie ropne, dzięki odkryciom Listera, Pasteura i innych.

Zakażenie samych brzegów ranki możemy dość szybko i pewnie dzisiaj opanować, bądź to zapomocą galwanokautera bądź to środkami odkażającymi, jakiemi są azotan srebra w rozczynie wodnym lub *in substantia*, zapuszczanie rozczynu sublimatu 1:10000 lub wprowadzanie maści sublimatowej do worka spojówkowego, lub też zastrzykiwanie sublimatu podspojówkowe podług Dariera.

Jeżeli jednak naciek ropny sięga głębiej w rogówkę a przytem ciecz wodna jest mętna, lub wcale jest ropa w komórce przedniej, tęczówka zaś szara i pokryta produktami zapalnymi, należy niezwłocznie otworzyć rankę operacyjną,

a jeśli takiej nie było, np. po dyscysyi, należy rogówkę przeciąć, ciecz wodną wypuścić a komórkę przodkową przepłukać dobrze roztworem fizyologicznym soli kuchennej.

Mocnych środków antyseptycznych używać w tym celu nie należy, gdyż to mogłoby na delikatnej błonie Descemetego sprawić trwałe zaćmienie; chyba że produkty zapalne i na tej błonie są złożone, wtedy zamiast soli używa W. roztworu sublimatu 1 : 20000. Jeśliby skutek tego zabiegu był niedostateczny, albo zupełnie niewidoczny, należy go znowu powtórzyć i nawet kilkakrotnie; oczywiście należy poprzednio oko znieczulić kokainą a dzieci niespokojne uśpić.

Może jednak zdarzyć się tak silne zakażenie, że wszelkie, wyżej podane zabiegi okażą się za mało skuteczne. Jeśli więc grozi ropne zapalenie całego oka, wtedy radzi W. wstrzykiwać sublimat do gałki, zamiast pod spojówkę. Wbija on igłę Pravaza na jakie 10 milim. od brzegu rogówki przez twardówkę do ciałka szklanego między mięśniem zewnętrznym prostym a dolnym i wstrzykuje do ciałka szklanego 1—2 kropli sublimatu 1 : 1000 wody, zwracając igłę ku temu miejscu, gdzie sądzi, iż napotka główne ognisko ropne. To leczenie stósuje także w przypadkach zaćm urazowych, połączonych z zakażeniem rany.

Zabiegi te zmierzają do tego, aby zarazek bądź z oka wydalić, bądź go znacznie osłabić. Ale operator powinien prócz tego starać się, aby samo zapalenie utrzymać we właściwych granicach.

Należy zatem prócz wyżej zalecanych środków, użyć atropiny albo nieraz ezeryny, aby tęczówce nadać więcej sprężystości (*tonus*). W razie silnych bólów może i upuszczenie krwi okazać się skutecznem; wielką usługę oddają lekarzowi okłady bądź ciepłe, bądź też zimne. W. jest zwolennikiem okładów zimnych, które podług niego powstrzymują rozwój mikrobów a temsamem produktów ich życia, tak dla ustroju szkodliwych. To też stósuje je W. zaraz z początku zapomocą przyrządu Leitera; dopiero gdy zapalenie się nie zmniejsza, lub okłady te dla pacyenta są bardzo przykre, zamienia je na ciepłe. Ciepłe okłady zmniejszają bóle a zwiększając przypływ krwi do miejsca chorego, powiększają odporność tkanki, ułatwiają przemianę materyi, przepacanie (dyapedezę) i fagocytozę a tem samem pomagają do wydalenia mikrobów z tkanki.

Autor popiera opisany sposób leczenia swem długoletniem doświadczeniem i podaje, że udało mu się, w ten sposób postępując nietylko zapobiedz wybuchowi ropnego zapalenia całego oka, ale nawet utrzymać jaki taki wzrok, w przypadkach nieraz rozpaczliwych. (*Nowiny lekarskie.* Nr. 12. 1894).

Dr. Brudzewski.

Zapiski terapeutyczne.

1. **Ullmann** (w Wiedniu): **O wartości praktycznej wstrzykiwań w żyły.** Jeszcze w r. 1890. podał Gwidon Baccelli po raz pierwszy do publicznej wiadomości nowy swój sposób leczenia zimnicy za pomocą wstrzykiwań chininy w żyły. Przeciw temu sposobowi terapeutycznemu, który przyjął się tylko we włoskich szpitalach i klinikach, wystąpił pierwszy Nothnagel, wskazując i na niebezpieczeństwo tej nowej metody zadawania chininy i na jej zupełną zbyteczność, skoro nie wyleczono nią żadnego przypadku zimnicy, który nie ustąpił wewnętrznemu zadawaniu chininy.

Jeszcze na wiosnę roku zeszłego (1894.) wystąpił Baccelli z zaleceniem wstrzykiwań sublimatu w żyły przeciw kile (patrz Nr. 13. *Przeglądu lek.* z roku 1894) a jakkolwiek od tego czasu upłynęło prawie 9 miesięcy i sposobu przez Baccellego podanego spróbowano w wielu klinikach i szpitalach, być może i w praktyce prywatnej, dotychczas bardzo mało ogłoszono w tej mierze, najpodobniej do prawdy, ponieważ nie uzyskano pomyślnego rezultatu.

Przedewszystkiem wykazali Blaschko, Lewin, Lang, a przed nimi Uhma we Lwowie, iż wstrzykiwania w żyły sublimatu nie są ani łatwe ani niebolesne, co ostatecznie przyznał sam Baccelli, radząc teraz za każdym razem odpreparować chirurgicznie żyłę właściwą, przytwierdzić do niej w sposób odpowiedni kaniulę i potem dopiero wstrzykiwać sublimat.

Jeżeli do wyleczenia kiły potrzeba takich wstrzykiwań 15 do 18, to łatwo pojąć orzeczenie Langa w Wiedniu, iż po skończeniu takiego leczenia trudno znaleść jeszcze gdzie żyłę, do którejby można wstrzykiwać sublimat.

Ale jest jeszcze druga, bardzo ważna przeszkoda praktycznego zastósowania metody podanej przez Baccellego, t. j. jej niebezpieczeństwo przez możność wywołania zatorów, na co na ostatnim zjeździe lekarzy i przyrodników w Wiedniu zwrócili uwagę Blaschko, Kaposi, Neumann i inni. Do tego przychodzi jeszcze i to, że niektóre indywidua nie znoszą rtęci, co zdaniem autora pochodzi z mimowolnego lub naumyślnego przekraczania godziwej dawki albo ze zmian anatomicznych w sercu, naczyniach, płucach i nerkach, zmian nieraz za życia trudnych do wykazania. Jakoż znana jest pewna liczba przypadków śmierci po zadawaniu rtęci, a Uhma donosi, iż w jego doświadczeniach zginęło dwoje zwierząt po wstrzyknięciu w żyły jednemu jednego, drugiemu trzech miligramów sublimatu.

Wprawdzie dotychczas nie widziano żadnego przypadku śmierci u człowieka po wstrzyknięciu w żyły a przynajmniej nie doniesiono dotychczas o żadnym, to mimo tego w obec powyższych uwag nie ma wątpliwości, iż wstrzykiwania sublimatu w żyły trzeba uważać za rzecz niebezpieczną.

Trzecią, ważną okolicznością w sprawie wstrzykiwania sublimatu w żyły jest wzgląd na ich skuteczność.

Baccelli powiada wprawdzie, że miał świetny rezultat w swoich przypadkach kiły układu nerwowego, ale nie ma wątpliwości, że podobne rezultaty terapeutyczne można uzyskać po wśródmięśniowych wstrzykiwaniach sublimatu sposobem podanym przez Łukasiewicza w Inspruku, twierdzenie zaś Baccellego, iż wprowadzając sublimat do żył, działa się wprost na zmiany kiłowe w naczyniach, jest czysto teoretyczne, tem bardziej, iż zmiany te prócz błony wewnętrznej (*intima*) zajmują także błonę środkową i dodatkową (*media* i *adventitia*), na które prąd krwi przecież wprost działać nie może; a i to także trzeba mieć na uwadze, że kiła ogólna nie występuje wyłącznie tylko w naczyniach.

W końcu wypada uwzględnić i wydzielanie zadanego leku.

Wiadomo, iż leki wprowadzone wprost do krwi prawie natychmiast opuszczają układ naczyniowy a Blaschko przekonał się (por. Nr. 46 *Przeglądu lek.* z r. z.), iż sublimat już w kilka godzin po wstrzyknięciu w żyły ukazuje się w moczu, znika zaś zupełnie w 24 godziny. Jeżeli się jeszcze uwzględni, że wstrzykuje się naraz bardzo mało, bo tylko od 2 do 8 miligramów sublimatu, to przyjść się musi do przekonania, wprawdzie na razie tylko teoretycznego, iż działanie wstrzykiwania sublimatu w żyły musi być przelotne i słabe, wstrzykiwanie zaś przez czas długi systematyczne byłoby z wymienionych już przyczyn niepraktyczne a nawet niebezpieczne.

Z tem też zgadzają się doświadczenia terapeutyczne Blaschki i doświadczenia w oddziale chorób wenerycznych prof. Langa w Wiedniu tak, iż **trzeba oświadczyć się dzisiaj przeciw wstrzykiwaniom sublimatu w żyły** sposobem Baccellego, niebezpiecznym a niemającym żadnej wyższości terapeutycznej nad innemi sposobami zadawania rtęci.

Sposób Baccellego mógłby może znaleść zastósowanie praktyczne w chorobach zakaźnych, w których właściwy pasorzyt znajduje się przeważnie lub wyłącznie we krwi, jak w malaryi, ropnicy, gnilicy, durze powrotnym i niektórych podzwrotnikowych chorobach zakaźnych. W tej mierze robi się doświadczenia w jednej z klinik wiedeńskich. (*Allgemeine Wiener med. Ztg.* 25. Grudnia 1894).

2. **Leczenie błonicy surowicą właściwą** (z obrad londyńskiego Towarzystwa klinicznego). Na posie-

dzeniu w dniu 14. z. m. i r. podali Washburn, Goodall i Card wypadek swych spostrzeżeń w 80 przypadkach błonicy u dzieci, liczących mniej niż 15 lat a leczonych surowicą wyrabianą w *British Institute of Preventive Medicine*.

Wszystkich chorych badano bakteryologicznie i u 61 znaleziono właściwy laseсznik Lőfflerowski. U jednego chorego z dławcem (*croup*) wykazano również ten lasecznik mimo, iż nie było błon wrzekomych w gardle. Przypadek ten po tracheotomii zakończył się pomyślnie. We wszystkich przypadkach, w których znaleziono lasecznik Löfflerowski, rozpoznawano błonicę z wyjątkiem jednego, który miał wejrzenie zapalenia mieszkowego migdałków *(amygdalitis follicularis)*. W 11 przypadkach, okazujących klinicznie wszelkie przypady błonicy nie można było wykryć właściwego lasecznika.

W ogólności stopień choroby zostawał w prostym stosunku do ilości laseczników Löfflerowskich. Wbrew powszechnemu mniemaniu przekonali się prelegenci, że obecność streptokoków obok lasecznika Löfflerowskiego łączy się raczej z pomyślnym przebiegiem choroby tudzież, iż odmiana krótka lasecznika Löfflerowskiego jest mniej jadowitą, niż średnia a ta znów mniej jadowitą, niż długa.

Surowicę wstrzykiwano ze wszystkiemi ostrożnościami aseptycznemi naraz od 5 do 30, razem od 5 do 90 cm.^{3}. Najczęściej wstrzykiwano w samym początku po 20 cm.^{3} a w 18 do 24 godzin potem przynajmniej jeszcze 10 cm.^{3}. Pomyślny wpływ tych wstrzykiwań objawiał się zmniejszeniem błon wrzekomych, spadkiem liczby tętna i ciepłoty, jeżeli była gorączka, tudzież poprawą stanu ogólnego. W 6 przypadkach wystąpiły po wstrzykiwaniu surowicy bóle w stawach, utrzymujące się przez 3 dni.

Z 72 przypadków niewątpliwej błonicy, leczonych surowicą, 14 czyli 19·44% zakończyło się śmiercią. Z dziewięciu przypadków tracheotomowanych 3 zakończyły się śmiercią. U sześciu chorych wystąpiły porażenia pobłonicze, które przynajmniej dotychczas, nie okazują się ciężkiemi.

Herringham leczył surowicą w londyńskim szpitalu św. Bartłomieja 18 przypadków błonicy u dzieci liczących od 20 do 37 miesięcy; jedenaście z nich było ciężkich a siedem lekkich. Te wszystkie zakończyły się pomyślnie, gdy z tamtych w dziesięciu trzeba było robić tracheotomię, 3 razy zakończoną śmiertelnie a raz intubacyę.

3. Bäumler: O rozpoznawaniu i leczeniu błonicy. (Z kliniki wewnętrznej we Fryburgu w Bryzgowii). Do bardzo niedawna leczenie błonicy należało do nader niewdzięcznych zadań lekarza a nawet wykrycie przez Klebsa i Loefflera właściwego lasecznika, lubo wskazało na nowo na potrzebę leczenia miejscowego, nie doprowadziło wobec trudnych do zwalczenia przeszkód dla skutecznej desinfekcyi do praktycznego rezultatu. Dopiero badania nad odpornością *(immunitas)* i uodpornianiem *(immunisatio)* wykazały, iż podczas chorób zakaźnych powstaje w surowicy krwi substancya antytoksyna), która zobojętnia prawdopodobnie jad wytworzony przez właściwy zarazek.

Roux i Yersin wykazali już przed laty, że najcięższe przypady błonicy polegają na zatruciu wytworzonemi przez właściwe bakterye toksynami i że właśnie dla pomyślnego leczenia tej choroby byłoby rzeczą bardzo ważną wytworzyć w ustroju odtrutki czyli antytoksyny, zobojętniające owe szkodliwe dla organizmu jady czyli toksyny.

Poszukiwania Behringa i Kitasaty, Rouxa i innych, dowiodły, że świnki morskie znoszą bez szkody śmiertelne nawet dawki jadu błoniczego, jeżeli im się wstrzyknie odpowiednią ilość uodporniającej surowicy.

Na tej zasadzie oparli Behring i Roux swój system leczenia błonicy u człowieka.

W klinice lekarskiej we Fryburgu w Bryzgowii spróbowano leczenia błonicy surowicą swoistą w 26 przypadkach, między którymi była pewna liczba bardzo ciężkich, z których dwa skończyły się śmiercią. Dla małej liczby przypadków nie podaje autor żadnych odsetek, ale może tylko oświadczyć w ogólności, że wrażenie po wstrzyknięciach surowicy Behringa było w całości bardzo korzystne. W kilku ciężkich przypadkach z nalotami spływającymi się i początkami zwężenia krtani była zmiana obrazu chorobowego po 12 do 24 godzinach po wstrzyknięciu surowicy po prostu zadziwiająca. Szczególniej uderzał pomyślny wpływ leczenia na zmianę miejscową i to w przypadkach z gorączką tak znaczną, jak i małą. W dwóch przypadkach tworzyły się błony wrzekome na nowo po wstrzykiwaniach; jeden z nich zakończył się śmiercią, w drugim wystąpiło mocne zapalenie nerek z przebiegiem lubo ciężkim, ostatecznie wszakże pomyślnym.

Rumień *(erythema)* widziano tylko 4 razy, zazwyczaj w 8 do 14 dni po pierwszem wstrzyknięciu surowicy; utrzymywał się on przez 4 do 5 dni a tylko raz towarzyszyło mu podniesienie się ciepłoty do 37·9.

Białkomocz *(albuminuria)* pojawiał się w mniejszym lub większym stopniu prawie w każdym przypadku bez możności wszakże wykazania jego związku ze wstrzykiwaniem surowicy.

Ponieważ po wstrzykiwaniach surowicy swoistej można spodziewać się skutku jedynie w zapaleniach gardła wywołanych przez lasecznik Loefflerowski, przeto bardzo ważne jest w każdym przypadku zbadanie sprawy bakteryologiczne. W klinice oczywiście takie badanie nie przedstawia trudności, ale w praktyce prywatnej nie można wymagać go od lekarza; dlatego pożądaną byłoby rzeczą, by za przykładem Nowego Jorku pozaprowadzano w miastach, przynajmniej większych, pracownie bakteryologiczne dla użytku lekarzy prywatnych.

W klinice autora używano obok surowicy we wszystkich (z wyjątkiem jednego) przypadkach błonicy jeszcze miejscowo zasypywania pyłem siarczanym *(sulfur depuratum, praecipitatum)*, idąc w tej mierze za zaleceniem Liebermeistra. Czy siarka działa tu mechanicznie, czy chemicznie, t. j. antyseptycznie, o to teraz mniejsza, ale pomyślne jej działanie nie ulega zdaniem autora wątpliwości. Wdmuchnięciem lub zasypaniem zapomocą pędzla siarki, co trzeba robić po 3 do 4 razy na dobę, nie można w żaden sposób zaszkodzić nawet, gdyby ów pył siarczany dostał się do krtani.

W każdym przeto razie dalsze doświadczenia z surowicą Behringa są konieczne z szczególnem baczeniem na zmiany anatomiczno-patologiczne w przypadkach zakończonych śmiercią.

4. Kraske: Rezultaty leczenia błonicy. (Z kliniki chirurgicznej we Fryburgu w Bryzgowii). Z 16 tracheotomowanych a leczonych surowicą Behringa umarło 5 czyli 31.25%, co nie różni się prawie nic od rezultatów otrzymywanych w latach dawniejszych.

Co się tyczy działania samej surowicy, przyznaje autor, iż ogólne wrażenie z początku jest rzeczywiście bardzo korzystne. Ale autor widział przypadki śmierci u dzieci, u których wstrzykiwania działały wybitnie pomyślnie i u których po tracheotomii można już było wyjąć nawet kaniulę. Dzieci te na nowo dostawały gorączki, mocnego nieżytu oskrzeli, zapalenia płuc zrazikowego i białkomoczu. Autor przekonał się, że białkomocz powiększał się po wstrzyknięciach. Trzeba sobie zadać pytanie, czy późne wystąpienie zapalenia nerek równie jak rumienia i nawrotów choroby nie są skutkiem wstrzykiwania surowicy. *(Münchener med. Wochenschrift.* 25. Grudnia 1894).

5. Mougeot. O użyciu równoczesnem kawy i przetworów makowca. Według autora, kawa użyta równocześnie obok przetworów makowca niweczy ich działanie nasenne, nie tykając bynajmniej ich działania kojącego; jakoż używa autor z pożądanym skutkiem morfiny obok kawy, gdy chodzi mu o działanie łagodzące ból i kojące bez sprowadzenia snu, jak w miesiączce bolesnej, dychawicy *(asthma)*, parciu na mocz lub stolec, kaszlu napadowym, niektórych bólach głowy i t. p.

Autor poleca w tym celu podgotować 2000 gramów prostego syropu do 1500 gramów i dodać do niego 500 gramów mocnego naparu kawy, zawierającego 20 centygramów morfiny tak, że na 100 gramów otrzymanej w ten sposób sposób mięszaniny przypada centygram morfiny, dawka wprawdzie nie wielka, ale wystarczająca dla przypadków nie wymagających zbyt mocnych środków i nadająca się dla dzieci.

Rozumie się samo przez się, że kawa musi być przedniego gatunku i przyrządzona z zachowaniem aromatu, pochodzącego z kofeonu, który właśnie usuwa działanie nasenne morfiny. *(La semaine médicale.* 26. Grudnia 1894).

6. A. Claus. Tryonal jako środek nasenny u dzieci. Według autora, tryonal jest znakomitym środkiem przeciw bezsenności u dzieci, pochodzącej z różnych przyczyn w układzie nerwowym, jak np. pląsawicy, strachaniu się nocnem *(pavor nocturnus)*, tudzież w narządzie oddechowym i przewodzie pokarmowym. Autor zadaje dzieciom od miesiąca do roku życia po 20 do 40 centygramów, od 1—2 lat po 40 do 80 centygramów, od 2 do 6 lat po 80 do 120 a między 6 a 10 po 150 centygramów. Te dawki dzieci znoszą wcale dobrze. Trynal zadaje się na kwadrans lub pół godziny przed pójściem spać w mleku ciepłem, miodzie lub w postaci cukierków. Skutek następuje w 10 do 15 minut. *(La semaine médicale.* 26. Grudnia 1894).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 21. Listopada 1894 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Obecnych członków 45.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. przewodniczący wita obecnego na posiedzeniu gościa, protomedyka Dra Merunowicza ze Lwowa.

3) Kol. przewodniczący poddaje pod głosowanie kandydaturę Dra Nowaka Zygmunta, którego po obliczeniu głosów przyjęto.

4) Kol. Bossowski okazuje chorego z oddziału chirurgicznego prof. Obalińskiego; chory ten złamał przed 9-ciu dniami kość udową. Po parudniowem zatrzymaniu chorego w łóżku i stosowaniu środków przeciwzapalnych założył mu mówca opatrunek gipsowy według zasad, jakie dziś coraz bardziej zyskują uznanie w leczeniu złamań kończyn, t. zw. ambulatoryjnem. Choremu wkrótce po założeniu gipsu pozwolono wstawać i chodzić i dziś może on poruszać się zupełnie bez bólu i dość swobodnie.

Opatrunek taki, zdaniem mówcy, ma następujące działanie: 1° ustala dokładnie złamane końce kości, 2° działa ekstensyjnie na chorą kończynę, górnym zaś punktem oporu dla tej eksteusyi jest *tuber ischii*, dolnym okolica kostek i powierzchnia grzbietowa stopy, 3° co najważniejsze, pozwala choremu chodzić, używać ruchu, nawet zajmować się lżejszą pracą, nie robiąc z niego kaleki, zmuszonego tygodniami leżeć w łóżku. Wobec tych zalet uważa mówca opatrunek taki za wielki postęp w chirurgii złamań kończyn i poleca bardzo jego stosowanie.

Kol. Rydygier stosuje ten sposób leczenia złamań kończyn dolnych w klinice chirurgicznej już od 1½ roku i z wyników jest zadowolony. Jednakże musi tu dodać, na co zwraca uwagę zawsze i w wykładach swoich, że dobre założenie takiego opatrunku nie jest rzeczą łatwą, wymaga znacznej wprawy i przedewszystkiem tam tylko taki opatrunek stosowany być powinien, gdzie możliwą jest po założeniu stała kontrola ze strony lekarza, w przeciwnym bowiem razie możliwe jest zbyt mocne założenie ze wszystkiemi smutnemi następstwami zaciśnięcia.

Kol. Bossowski zgadza się w zupełności z uwagami prof. Rydygiera, nie sądzi tylko, aby zrobienie takiego opatrunku było zbyt trudne. Ze względu na bardzo obfity porządek dzienny, kol. przewodniczący dalszą dyskusyę w tej sprawie odkłada na przyszłe posiedzenie.

4) Kol. Tyszkiewicz opowiada o trzech przypadkach ze swej praktyki a mianowicie: 1° *pneumonia infantilis* u mężczyzny dorosłego o niezwykle krótkim przebiegu, gdyż 4-go dnia były już objawy rezolucyi; 2° przypadek róży na podbrzuszu, udach i mosznach, w której przebiegu wystąpiła częściowa zgorzel skóry moszen; 3° przypadek płonicy o niezwykłym przebiegu.

5) Kol. Nowak Julian miał zapowiedziany wykład o formalinie, przeznaczony do druku w *Przeglądzie lek.*

Kol. Kostanecki używa rozczynów formaliny do nastrzykiwania naczyń w trupach przeznaczonych do ćwiczeń anatomicznych. Trup w ten sposób przygotowany może być zachowany przez parę tygodni; koszt nastrzyknięcia jednego trupa wynosi tylko koło 30 centów. Formalina posiada rzeczywiście wielkie zalety jako środek do stwardniania i przechowywania preparatów anatomicznych; mózgi n. p. zachowują świetne swoje wejrzenie prawidłowe ze wszystkiemi zagłębieniami i zwojami.

Kol. Mars dostrzegł, że niekorzystną stroną formaliny jest, że niektóre tkanki w niej zanadto kruszeją; robi on przeto obecnie próby stosowania jej w połączeniu z wyskokiem i spodziewa się, że otrzyma ztąd lepsze wyniki.

Kol. Rydygier wyraża przypuszczenie, czyby nie dało się zastosować formaliny do celów leczniczych, w tych n. p. przypadkach, gdzie idzie o oddzielenie jakiejś części chorobowej, n. p. w zgorzeli wiekowej (*gangraena senilis*). Zapytuje więc się prelegenta, czy formalina nie posiada jakich własności trujących.

Kol. Nowak odpowiada, że formaliny użyć wewnętrznie stanowczo nie można a o stosowaniu zewnętrznem nie wiele wiadomo; skutek zależeć będzie od ilości użytego środka.

6) Kol. Haim miał odczyt *o wartości higienicznej wody studziennej oddziału chorób zakaźnych w szpitalu św. Łazarza*, przyczem okazał hodowle drobnoustrojów wyhodowanych przez siebie. Odczyt ten przeznaczony do druku w *Przeglądzie lekarskim*.

W dyskusyi kol. Ponikło podnosi zalety tego odczytu wypowiedzianego na podstawie bardzo ścisłych badań bakteryologicznych i popartego okazaniem pięknych hodowli drobnoustrojów w wodzie wykrytych, sprzeciwia się jednak stanowczo zdaniu prelegenta, jakoby w celach higienicznych o jakości wody do picia rozstrzygało badanie bakteryologiczne a chemiczne tylko podrzędne miało znaczenie: przeciwnie badanie bakteryologiczne jest tylko cennem uzupełnieniem badania chemicznego. Inaczej oczywiście rzecz się przedstawia, gdy chodzi o badanie wody pod względem obecności drobnoustrojów chorobotwórczych — tu decydować będzie wynik badania bakteryologicznego. Kol. Ponikło, jako Dyrektor krajowego szpitala św. Łazarza wyraża zadowolenie, że woda w studni szpitalnej koło oddziału zakaźnego jest dobrą i w drobnoustroje ubogą — zarazem tłómaczy ten korzystny wynik badania tem, że grunt Szpitala św. Łazarza popod warstwą humusu mieści stosunkowo grubą warstwę żwiru i piasku drobno-ziarnistego, co sprawia dokładne filtrowanie wód meteorycznych. Okoliczności te sprawdził dawniej podczas budowy bliskiego szpitalowi Schroniska Lubomirskich, przy budowie c. i k. Arsenału i t. p, gdzie grunt jest piaszczysty a woda wszędzie bardzo dobra. (Sprawozd. własne).

Kol. Merunowicz nie wątpi o prawdziwości wyników otrzymanych przez kol. Haima, lecz nie może się zgodzić, aby doły kloaczne nie miały ważnego wpływu na dobroć wody studziennej; szczególnie przy tak przepuszczającym gruncie dość jest, żeby służący szpitalny wylał jakiś nocnik wydzielin na ziemię w pobliżu studni, czego u naszej służby upilnować nie można, aby studnię zanieczyścić. Dla tego też każda studnia w pobliżu mieszkań ludzkich, tembardziej oddziału chorób zakaźnych winna być uważana za podejrzaną i woda z niej używaną z największą ostrożnością.

Kol. Haim podaje, że odległość studni od dołu kloacznego wynosi 16 metrów; służba szpitalna o tyle jest wyuczona, że przy studni nigdy nie myje nic, ani nie pierze, tembardziej więc nic wylewa nieczystości. Zresztą do użytku wody surowej służy na oddziale filtr Maignena.

Kol. Ponikło zgadza się z kol. Merunowiczem co do wpływu bliskości mieszkań na zanieczyszczenie wody studziennej; co się tyczy służby szpitalnej, to jakkolwiek wiele pozostawia ona do życzenia, pilnuje się jej o tyle, że trudno przypuszczać, aby mogła jakieś dejekcye wylewać do studni.

Kol. Bujwid nie przypuszcza możności przejścia zarazków drobnoustrojowych przez warstwę ziemi grubości 16 metrów. W obecnym zakładzie higienicznym istnieje oddawna dół kloaczny, urządzony w sposób zupełnie prymitywny, bez ocementowanego dna; pomimo to w studniach znajdujących się w sąsiedztwie mówca nie znalazł zanieczyszczeń bakteryami a nawet już w odległości 3 metrów od dołu grunt był wolny od nich.

Kol. Domański jest zdania, że w Krakowie właściwie mówiąc, wody dobrej niema. Wszystkie studnie są w większym lub mniejszym stopniu zanieczyszczone wskutek złej ich budowy i bliskości ścieków lub dołów kloacznych. Lepiej już przedstawiają się stosunki na gruntach Szpitala św. Łazarza, gdyż istnieją tam w głębokich warstwach źródła dostarczające wody do studzien i działające tym sposobem samooczyszczająco na wodę w studniach. Temu przypisać należy pomyślne wyniki poszukiwań kol. Haima.

Sekretarz: *Dr. Leon Kryński.*

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 3. Stycznia 1895.

— Od redakcyi. W dawniejszych latach wychodził *Przegląd lekarski* przez kilka tygodni letnich w numerach arkuszowych. Z powodu coraz większego wzrostu materyału naukowego nie wydalismy w latach 1893 i 1894. nawet w lecie żadnego numeru arkuszowego i na przyszłość tak dalej robić będziemy.

— Rozpoczynając z niniejszym numerem rok nowy, miło nam donieść na tem miejscu o dowodach uznania pracy zawodowej dla dwóch naszych kolegów.

Ze Lwowa donoszą, iż w uznaniu wielkiej troskliwości, z jaką nowy dyrektor szpitala św. Łazarza w Krakowie, Docent Dr. Ponikło oddaje się swym obowiązkom i chcąc mu umożliwić zaniechanie prywatnej praktyki lekarskiej a oddanie się i nadal jedynie czynnościom w szpitalu, dla którego w ciągu roku jednego bardzo wiele dobrego zdziałał, postanowił Wydział krajowy przedstawić Sejmowi wniosek, ażeby przyznał dyrektorowi Ponikle dodatek osobisty w kwocie 500 złr. rocznie.

Jubileusz 25-letni lekarskiego zawodu Dra Eugeniusza Skakalskiego w Podgórzu (pod Krakowem) uczciło w dniu 30. z. m. grono tamtejszych obywateli w ten sposób, iż deputacya rady miejskiej z burmistrzem na czele wręczyła Jubilatowi po uroczystych przemowach wspaniały serwis srebrny na 12 osób, poczem odbyła się uczta, podczas której wśród serdecznych toastów nie szczędzono słów dla wyrażenia sympatyi, jaką cieszy się Dr. Skakalski.

— W szpitalu św. Ludwika w Krakowie prowadzi się od kilku tygodni pod kierunkiem prof. Dra Jakubowskiego doświadczenia nad leczeniem błonicy antytoksyną, której sprowadzenie w większych ilościach, w miarę potrzeby, natrafiało jednak na trudności, dotychczas bowiem, wyrabiają surowicę jedynie w Höchst i w Paryżu i to w ilościach nie zostających w żadnym stosunku do ogromnego popytu. Fabryka w Höchst. dopiero na skutek osobnych zabiegów ze strony szpitala św. Ludwika, dostarczyła w dwóch przesyłkach żądanych ilości. Surowica dostarczona na drugi zawód różni się tem od pierwszej przesyłki, że na każdej skrzynce drewnianej, osłaniającej plombowaną flaszeczkę z surowicą, oznaczony jest dzień próby na zwierzętach, jakoteż dzień napełnienia flaszeczki wypróbowaną w ten sposób surowicą. Ta drobna na pozór inowacya usuwa uzasadnione obawy przed używaniem dłuższy czas w składach aptecznych przechowywanej a tem samem nieraz zepsutej surowicy. W pierwszych dniach Stycznia r. b. zobowiązał się Dr. Aronson dostarczyć odpowiednich ilości surowicy, wyrabianej pod jego kierunkiem w fabryce Scheringa w Berlinie po cenach o wiele niższych, niż te, które oznaczyła dla swego wyrobu fabryka w Höchst. Równocześnie poczyniono za pośrednictwem Dra Kleckiego w Paryżu starania w celu uzyskania surowicy wyrabianej w instytucie Pasteura pod kierunkiem Dra Rouxa. Zapewniwszy sobie w ten sposób na najbliższy czas dostawę nowego środka leczniczego ze wszystkich prawie źródeł zagranicznych, dyrekcya szpitala św. Ludwika, nie przerywając toku doświadczeń, oczekuje chwili, w której można będzie użyć do dalszych doświadczeń surowicy wyprodukowanej w państwie austryackiem.

— Najbliższa, co trzy lata w kwocie 300 funtów szterlingów udzielana nagroda Astleya Coopera przypadnie autorowi najlepszej pracy: O chorobach stawów wywołanych przez kiłę (*syphilis*) i wiewiór (*gonorrhoea*).

Ubiegający się o te nagrodę winien pracę swą, napisaną czytelnie w sposób zwykły lub za pomocą maszyny do pisania w języku angielskim lub innym z dodaniem tłómaczenia angielskiego przesłać przed 1. Stycznia 1898. kolegium medyczno chirurgicznemu w Guy's Hospital w Londynie. Prace zaopatrzone mają być w godło i t. d. jak zwykle.

Bliższych wiadomości udzieli na żądanie Dr. Hale White, 65 Harley Street. Londyn W.

— Lekarz niemiecki, Dr. Herman Weber w Londynie ofiarował król. Towarzystwu lekarskiemu także 2500 funtów szterlingów na fundusz, z którego procenta 3-letnie mają iść na konkurs na najlepsze prace z zakresu gruźlicy płuc.

— A. Macphail profesor pedyatryi w Montreal w Kanadzie donosi o epidemii porażeń, która w ciągu 3 miesięcy letnich r. z. w tem mieście nagabnęła 122 dzieci i nie była zapaleniem nagminnem opon mózgordzeniowych, lecz zbliżała się raczej do *paralysis infantum essentialis*, zapalenia ostrego przedniej substancyi szarej rdzenia pacierzowego. Dotychczas nie udało się wykazać ani etyologii ani bakteryj tej epidemii.

— Pytanie, czy zbrodniarz, na którym wykonano wyrok śmierci zapomocą elektryczności, stracił życie rzeczywiście czy też tylko pozornie, nabrało w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej znaczenia praktycznego, gdy Arsonval wystąpił z twierdzeniem, iż człowiek rażony prądem elektrycznym jest tylko w stanie ciężkiego omdlenia i może być podobnie, jak utopiony, przywołany do życia.

W celu przekonania się o prawdzie tego twierdzenia wystąpił lekarz amerykański Dr. Gibbons do sądu z prośbą o pozwolenie zrobienia próby przy sposobności wykonania elektrycznością najbliższego wyroku śmierci. Sąd prośbie tej odmówił; przypadek atoli nastręczył sposobność zrobienia próby, w dniu 16. Listopada bowiem w Pittsfield w Stanie Massachusetts niejaki Cutter rażony został przypadkiem prądem, mającym 4500 volt a zatem prądem mocniejszym od używanego w Stanach Zjednoczonych do wykonywania wyroków sprawiedliwości. Rażonego ratowali urzędnicy fabryki, wzniecili sztuczne oddechanie i po 7 minutach przywrócili go do życia. Następnego dnia ów rażony miał się dobrze i mógł opowiedzieć o tem, co z nim zaszło.

— Usuwanie odpadków gospodarczych z miasta sprawia władzy miejscowej w Paryżu wiele kłopotu. Obecnie zbudowano do ich palenia na próbę kilka pieców, idąc w tej mierze za przykładem danym przez niektóre miasta angielskie a osobliwie północno-amerykańskie. W Saint-Louis w Stanach Zjednoczonych znajduje się do niszczenia miejskich odpadków gospodarczych osobna fabryka, w której wydziela się z nich stósownemi przyrządami mechanicznemi naprzód skorupy szklane, puszki z konserw, stare kapelusze itp. przedmioty, chętnie zabierane przez gałganiarzy a resztę daje do olbrzymich cylindrów żelaznych, które celem osuszenia śmieci ogrzewa się parą. Tak wysuszone odpadki zalewa się naftą, którą po 36 godzinach wypuszcza. Nafta pochłania tłuszcze, które otrzymuje się znowu przez destylacyą. Tłuszcze te służą do wyrobu mydła, gdy reszta pozostała, zawierająca dużo azotu i fosforanów ma stanowić wyborny nawóz bardzo chętnie przez rolników nabywany.

— We wydziale lekarskim uniwersytetu berlińskiego zaprowadzono temi czasy wykłady praktyczne mikrofotografii.

— Ministerstwo spraw wewnętrznych zwróciło uwagę Namiestnictwa galicyjskiego, że do czeskich zdrojowisk a zwłaszcza do Karlsbadu i Francensbadu udaje się z Galicyi, Rosyi i Bukowiny znaczna liczba osób ubogich, które pod pozorem kuracyi wyzyskują dobroczynność publiczną i prywatną a nadto pochodząc z krajów nawiedzonych przez cholerę mogą przyczynić się do rozszerzenia tej choroby.

Wskutek tego poleciło Namiestnictwo galicyjskie ogłosić we właściwy sposób, że osoby ubogie, mające ze sobą brudną bieliznę i odzież przy przekraczaniu zachodniej granicy Galicyi podlegać będą ścisłej rewizyi lekarskiej a ich podejrzane pakunki desinfekcyi, w razie potrzeby spaleniu. osoby zaś same od granicy aż do zakładu zdrojowego i w samym zakładzie zostawać będą pod nadzorem policyjno-lekarskim i w razie braku środków do życia i sposobu zarobku, narażają się na odesłanie do kraju.

Co do powstrzymania takich gości kąpielowych z Rosyi, otrzymują organa policyjne na granicy państwa stosowne polecenia.

Ponieważ wszakże i w krajowych także zakładach kąpielowych i klimatycznych żebractwo coraz staje się uciążliwszem, poleciło Namiestnictwo galicyjskie starostom a w Krakowie i Lwowie prezydentom miasta, by przy potwierdzaniu świadectw ubóstwa celem uzyskania kąpieli za darmo lub po zniżonej cenie jakoteż i innych ulg w zdrojowiskach badali dokładnie, czy osoby ubogie udające się do zakładów kąpielowych potrzebują rzeczywiście w nich leczenia, mają dostateczne na podróż i pobyt w nich fundusze i w przeciwnym razie świadectw nie potwierdzali.

Okólnik ten poleciło Namiestnictwo udzielić w odpisie wszystkim lekarzom praktykującym, by świadectwa lekarskie co do potrzeby używania kąpieli lub innych procedur w zakładach kąpielowych wydawali tylko takim pacyentom, u których można po leczeniu się w zdrojowiskach spodziewać się pomyślnego skutku a odmawiali takich świadectw osobom wyniszczonym z braku dostatecznego pożywienia.

— Dr. Libbertz we Frankfurcie n. M., naczelnik oddziału seroterapeutycznego fabryki w Höchst zawiadamia, iż od czasu, gdy prof. Behring zawezwał lekarzy, by mu donosili o miejscowych lub ogólnych przypadach chorobowych, dających się odnieść do wstrzykiwania surowicy przeciwbłoniczej, fabryka w Höchst wypuściła w świat więcej niż 40000 porcyj surowicy, doniesiono zaś dopiero o 10 przypadkach zachorowania lekko. W celu uzyskania odpowiedniego materyału obserwacyjnego uprasza Dra Libbertz wszystkich lekarzy, uwiadamiających go o działaniu nieprawidłowem surowicy, by w doniesieniu wymieniali także numer flaszeczki, w której otrzymali surowicę; każda bowiem flaszeczka surowicy, wypuszczona z Hochst ma swój numer, do którego odnosi się osobna flaszeczka kontrolna w fabryce przechowana.

— Profesor Woelfler w Gracu mianowany profesorem chirurgii w uniwersytecie niemieckim w Pradze w miejsce przeniesionego do Wiednia prof. Gussenbauera.

— **Konkurs.** Zwierzchność gminna w Jodłowy (miasteczku w powiecie pilznieńskim w Galicyi) rozpisuje konkurs na posadę lekarza miejskiego. Płaca roczna 300 złr. a nadto ode dworu mieszkanie bezpłatne i 6 sągów drzewa na opał.

Podania zaopatrzone w dyplom doktorski i dowody z praktyki wnosić należy do 20. Stycznia b. r. na ręce naczelnika gminy, który też na żądanie udzieli bliższych szczegółów.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 6. Stycznia b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie administacyjne, na którem urzędnicy Towarzystwa i przewodniczący Komisyj stałych zdadzą sprawę z całorocznej czynności.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 1674/94.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Wydział powiatowy w Bohorodczanach rozpisuje niniejszem konkurs na opróżnioną posadę lekarza dla okręgu sanitarnego z siedzibą w Bohorodczanach obejmującego 11 gmin z ludnością 22911.

Płaca roczna 500 złr. (1000 koron), zaś ryczałt na koszta podróży służbowych 318 złr. (636 koron) rocznie.

Kompetenci muszą w myśl §. 7. ustawy z dnia 2. Lutego 1891. Nr. 17. dz. ust. kraj. prócz dostatecznej fizycznej zdatności udowodnić się mającej świadectwem c. k. lekarza powiatowego lub też świadectwem lekarskiem, potwierdzonem przez c. k. lekarza powiat., wykazać następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryackiego, z przedłożeniem metryki urodzenia;

2) dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

3) nieskazitelny charakter;

4) znajomość języków krajowych;

5) praktyką najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Pierwszeństwo mają ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Posada na razie prowizorycznie zostanie nadana na rok jeden.

Podania należycie udokumentowane wnosić należy do Wydziału powiatowego na ręce podpisanego prezesa najdalej do 15. Stycznia 1895 r.

Bohorodczany 17. Grudnia 1894. Prezes:
Józef Szeliński.

60—3—3

Izba lekarska w Krakowie

Odezwa.

Izba lekarska w Krakowie na IV-tym zebraniu dnia 10. Listopada 1894. w sprawie opłat na potrzeby Izby przez lekarzy uiszczać się mających, podjęła następujące uchwały:

I. Na rok 1895. opłata roczna na potrzeby Izby wynosi 4 złr. w. a., dodatek na fundusz kasy wsparcia w razie nagłej potrzeby dla lekarzy lub ich rodzin 2 złr. w. a., razem 6 złr. w. a.

II. Uiszczanie względnie ściąganie powyższych opłat ma być uskuteczniane w następujący sposób:

1) Opłaty roczne na pokrycie potrzeb Izby i dla kasy wsparcia przeznaczone winien każdy lekarz uiścić w ciągu pierwszego kwartału każdego roku i to na raz jeden bądź w biurze Izby bądź za pomocą przekazu pocztowego, na co otrzyma natychmiast pokwitowanie.

2) Po upływie pierwszego kwartału wszyscy lekarze, którzy opłat w sposób sub 1) podany nie uiścili, otrzymają za pośrednictwem zleceń pocztowych wezwanie do wniesienia tych należytości z dodatkiem 30 centów tytułem kosztów ztąd wynikających.

3) Jeżeli opłata za pośrednictwem zlecenia pocztowego w 14-tu dniach uiszczoną nie zostanie, zarządzone będzie jej ściągnienie z dodatkiem 60 centów tytułem kosztów ztąd wynikających w drodze egzekucyi przez właściwą władzę polityczną.

4) Młodzi lekarze w pierwszym roku (kalendarzowym) po otrzymaniu dyplomu nie będą pociągani do uiszczania opłat, co jednak nie uwalnia ich od obowiązku zgłoszenia się do Izby lekarskiej i opłacania ewentualnych grzywien w razie uchybienia obowiązkom swym jako członkom Izby lekarskiej.

W drugim roku (kalendarzowym) po otrzymaniu dyplomu, mogą młodzi lekarze zwolnieni być od uiszczania opłaty tylko pod tym warunkiem, jeżeli do Wydziału Izby wniosą odnośne podania z dowodami, iż są bezpłatnymi funkcyonaryuszami przy jakim zakładzie naukowym, klinice uniwersyteckiej lub szpitalu, albo odbywają służbę wojskową. Podanie takie winno być wniesione w ciągu pierwszego kwartału, w przeciwnym bowiem razie lekarze do tej kategoryi należący wezwani będą zarówno z innymi do uiszczenia opłat należących się Izbie.

5) Lekarze starsi mogą być czasowo (na rok jeden) uwalniani od opłat w razie udowodnionego ubóstwa, które Wydział Izby winien sprawdzić.

Powyższe uchwały podaję P. T. Panom Lekarzom do wiadomości.

Prezydent Izby:

64—1—1 *Dr. Jakubowski m. p.*

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.